

一宮町教育・保育給付認定子ども現況届兼家庭状況調査書

記入例

(表面)

施設(事業所)の名称、施設(事業所)コード、氏名・生年月日、住所、性別、支給認定証番号

◎保育の利用を必要とする事由

保育の利用を必要とする理由、家庭の状況、希望する利用時間等

(※) 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください

一宮町が教育・保育給付認定に必要な市町町民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

提出日を必ず記入してください。

年 11月 XX日 申請者(保護者)氏名 一宮 一郎

の入所要件(各要件に応じた書類を添付してください。)

入所要件、母の状況、父の状況、就労状況、勤務先、所在地、電話番号、通勤時間、職種・仕事内容、勤務日数、勤務時間、前職歴、求職、疾病、障害、看護・介護

父母とも、現在のお子さんの保育の利用を必要とする状況について記入してください。不在の場合も、状況をお知らせください。

※裏面も漏れなく記入してください。

		母の状況	父の状況
不存在 (理由)		死別・離婚・未婚・行方不明・拘禁中・離婚前提別居・その他 ()	死別・離婚・未婚・行方不明・拘禁中・離婚前提別居・その他 ()
		事由発生 年 月	事由発生 年 月
就学	学校名		
	所在地	市区町村 通学時間 分	市区町村 通学時間 分
	就学日数・時間	週 日・ 時 分～ 時 分	週 日・ 時 分～ 時 分
	在学期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
出産(予定)		<input checked="" type="radio"/> 有 (予定日 年 月 日)	
育児休業取得中または取得予定の場合は記入してください。		出産休暇 令和4年7月13日～令和4年10月18日	
		育児休業取得予定 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	
		取得者 父・ <input checked="" type="radio"/> 母 (令和5年10月19日～令和6年3月31日)	
入所できた場合の復帰予定日		令和6年4月1日	
その他			

◎世帯の状況 (同居する全ての親族について記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	一宮 一郎	父	平成3年7月7日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	公務員	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	
	一宮 愛子	母	平成5年1月2日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	保育士	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	
	一宮 花子	姉	平成28年3月3日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	一宮小学校	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	一宮 大吾郎	祖父	昭和30年1月3日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	無職	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
					男・女		有・無
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用無) ・適用有り (年 月 日保護開始)					

◎小学校就学前子ども状況

保育状況*	保育状況	父・ <input checked="" type="radio"/> 母)・祖父・祖母・その他親族 () が保育		
		親族以外、認証保育所等で保育 (名称) 保育開始 年 月		
	親族以外の保育の場合	保育時間 週 日 時 分～ 時 分	保育料負担額 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 (月額 円) 領収書 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	
健康・発育状況	健康状態	<input checked="" type="radio"/> 健康) やや弱い・病弱・病気療養中 (病名・症状)		
		今までに大きな病気をしたことが <input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (病名 ○○○○)		
		令和5年 2月頃 (0 歳のとき) 現在の状況 <input checked="" type="radio"/> 完治)・経過観察・治療中)		
		心身の発達について、専門機関や発達支援センター等に相談や通所したことが <input type="radio"/> 無)・ <input type="radio"/> 有 (機関名) 年 月から		
		症状 ()		
	検診受診歴	乳児健診	<input checked="" type="radio"/> 受診)・未受診	指摘事項 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 ()
		1歳半健診	<input checked="" type="radio"/> 受診)・未受診	指摘事項 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 ()
		3歳健診	<input checked="" type="radio"/> 受診)・未受診	指摘事項 <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 ()
障害者手帳等	<input checked="" type="radio"/> 無)・ <input type="radio"/> 有 () 手帳 等級 () 障害名 ()			
アトピー・アレルギー	アトピー・アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 無)・ <input type="radio"/> 有 原因物質 ()		
		状況 ()		
		除去食の必要 <input checked="" type="radio"/> 無)・ <input type="radio"/> 有 対応 ()		
その他	アナフィラキシーショック <input checked="" type="radio"/> 無)・ <input type="radio"/> 有 対応 ()			
その他	その他気になることがありましたらご記入ください。 ()			

- ・上記事項について詳細をお伺いすることがあります。
- ・記載事項に虚偽等があった場合、入所内定及び決定を取り消すことがあります。

(*) 既に一宮町の特定保育・教育施設等のサービスを利用している場合は記入する必要はありません。