

利用申込書

(茨城町以外にお住まいの方)

申込日 年 月 日

保護者住所 _____
 氏名 _____ (印)
 自宅TEL _____
 携帯() _____
 携帯() _____

申請に係る児童	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日	備考 ※年齢: 年 月 日現在 (歳)
保育の希望の有無	有 : 保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 ※「有」を○で囲んだ場合は、次の①～③に必要事項を記入してください。 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 ※「無」を○で囲んだ場合は、次の①、②に必要事項を記入してください。			

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①世帯の状況(同居の世帯員)

区分	(ふりがな) 氏名	入所児童との続柄	生年月日 大昭 年 月 日 平令 (歳)	性別 男・女	職業	勤務先 (新学年・学校名・園) (連絡先)	障害者手帳の有・無	備考
児童の世帯員及び敷地内同居者						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
						(TEL)	有・無	
年 月 日現在の保護者住所		市・町・村						
生活保護の状況		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)						

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(裏)

②利用を希望する期間, 希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日 から 就学前まで (年 月 日まで)
入所を希望する施設名・希望理由	第1希望: 希望理由:
	第2希望: 希望理由:
	第3希望: 希望理由:

③保育の利用を必要とする理由

※保護者の就労又は疾病などの理由により**保育の利用を希望する場合**に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況 (就労状況・時間・日数・疾病の状況等)
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ	
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ		
	出 産 予 定 日	年 月 日	
	産前産後休暇の取得状況(予定)	年 月 日～ 年 月 日	
	育児休業の取得状況(予定)	年 月 日～ 年 月 日	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭		

----- 【※町記入欄】 -----

受付年月日		
認可の可否 可・否 年 月 日認定 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)		認定有効期間 自 至
入所施設(事業者)名		利用期間 自 至

*施設記載欄(施設を経由し市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	
備 考	

記入例

利用申込書

(茨城町以外にお住まいの方)

申込日 年 月 日

保護者住所 ○○市 ○○1080

氏名 茨城 太郎

自宅TEL 029 - 224 - 1111

携帯(母) 090 - 2222 - 2222

携帯(父) 080 - 1111



提出日を記入してください

令和3年4月1日現在の年齢を記入してください。

申請に係る 小学校就学 前子ども	ふりがな いばらき じろう	性別	生年月日	令和3年4月1日現在の年齢を記入してください。 (歳)
	氏名 茨城 次郎	男・女	年 月 日	
保育の希望 の有無	有： 保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 ※「有」を○で囲んだ場合は、次の①～③に必要事項を記入してください。			
	無： 幼稚園等の利用を希望する場合 ※「無」を○で囲んだ場合は、次の①、②に必要事項を記入してください。			

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

令和3年4月1日現在の年齢を記入してください

学年を忘れずに記入してください
(令和3年4月1日現在で、新学年で記入)

①世帯の状況(同居の世帯員)

区分	(ふりがな) 氏名	入所児童との続柄	生年月日	性別	職業	勤務先 (新学年・学校名・園) (連絡先)	障害者手帳の有・無	備考
児童の世帯員及び敷地内同居者	いばらき たろう	父	大昭 年 月 日	男・女	会社員	常陸工業(株) (TEL 029-111-1111)	有・無	
	茨城 太郎		平令 (歳)					
	いばらき はなこ	母	大昭 年 月 日	男・女	パート	茨城商事(有) (TEL 029-222-2222)	有・無	
	茨城 花子		平令 (歳)					
	いばらき いちろう	兄	大昭 年 月 日	男・女	学生	茨城小学校・0年生 (TEL 029-333-3333)	有・無	
茨城 一郎	平令 (歳)							
			大昭 年 月 日	男・女		(TEL)		障害者手帳の交付を受けている場合は、写しを提出してください
			大昭 年 月 日	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日	男・女		(TEL)	有・無	
入所児童以外の世帯員を全員、記入してください なお、敷地内同居者も記入してください (住民票登録上世帯分離している世帯も全員記入が必要です)			令和3年4月1日現在の住所を記入してください	年 月 日 (歳)	男・女	(TEL)	有・無	
年月日現在の保護者住所		○○市・町・村 ○○1037番地1						
生活保護の状況		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)						

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)

(市)
開始は月の初日になります
必要な期間が有期限の場合は、期限を記入してください

利用を希望する期間	年 月 日 から 就学前まで (年 月 日まで)		
入所を希望する施設名・希望理由	第1希望:	A園	希望理由: 例) 幼児教育に興味があるため
	第2希望:	具体的に理由を記入してください	希望理由: 例) 園の方針が非常に良いため
	第3希望:	C園	希望理由: 例) 送迎に便利のため

③保育の利用を必要とする理由

※保護者の就労又は疾病などの理由により**保育の利用を希望する場合**に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況 (就労状況・時間・日数・疾病の状況等)
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ	
	出産予定日	年 月 日	
	産前産後休暇の取得状況(予定)	年 月 日～ 年 月 日	
育児休業の取得状況(予定)	年 月 日～ 年 月 日		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭		

【※町記入欄】

受付年月日	
-------	--

認可の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給認定有効期間	
可・否 (否とする理由)	自 至	
入所施設(事業者)名	利用期間	
	自 至	

*施設記載欄(施設を経由し市町村に提出する場合)

受付年月日	
-------	--

施設(事業者)名 連絡先	
備考	