

認定者番号	※第	号
-------	----	---

利用申込書

(茨城町以外にお住まいの方)

申込日 令和 年 月 日

保護者住所 _____

氏名 _____ (印)

自宅TEL _____ - _____

父携帯 _____ - _____

母携帯 _____ - _____

申請に係る	ふりがな	性別	生年月日	備考
児童	氏名	男・女	年 月 日	※年齢:令和4年4月1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)	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
	氏名							
児童の世帯員及び敷地内同居者			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
			大昭 年 月 日 平成 (歳)	男・女		(TEL)	有・無	
年 月 日現在の保護者住所		市・町・村						
家庭の状況		ひとり親家庭 ・ 左記以外						
生活保護の状況		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)						

※事実に基づき、太枠内にもれなく記入してください。

(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	

----- 【※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	