

令和6年度 保育施設等利用申込書

(あて先) 佐川町長

誓約・同意の内容を確認のうえ、保護者名を記入お願いします

フリガナ サカワ ジロウ

保護者名 佐川 次郎

(誓約)

私(申請者)は以下の①～③の項目に同意した上で、支給認定及び保育施設等の利用に係る申請について関係書類を添えて申し込みます。

- ①利用者負担額決定に際し、地方税法等に係る諸帳簿、台帳を確認されること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額を保育施設等に対して提示すること。
- ②4月1日からの利用に係る支給認定申請の結果が令和6年3月となること。
- ③利用を希望する保育施設等から重要事項の説明を受け、その内容を確認していること。

なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、支給認定及び保育施設等の利用決定を取消され(退所させられ)ても異議は申し立てません。

○住所・家族構成・連絡先記入欄

					申込日	令和	年	月	日	
現住所	〒789-1202 高知県高岡郡佐川町乙2310番				R5.1.1 現在に佐川町に住所がない方は、令和5年度市町村民税所得課税証明書が必要です。(マイナンバー記入の場合は省略可能)	自宅	22-7705			
						父の携帯	000-0000-0000			
						母の携帯	000-0000-0000			
						父の職場	000-000-0000			
前年・当年1月1日の住所	高知市丸の内1丁目7番52号					母の職場	0000-00-0000			
児童から見た続柄	氏名	年齢	生年月日	職業・学年	住所(別居の場合のみ記入)					
父	佐川 次郎	28	平成00・00・00	会社員						
母	佐川 陽子	26	平成00・00・00	看護師						
兄	佐川 一郎	6	平成00・00・00	佐川小1年						
本人	佐川 太郎	3	令和00・00・00		利用希望のお子さんも記入してください					

※利用希望児童を含め父母及び同居する人(住民票上ではなく実態に応じて)全員について記入してください。また、18歳未満の別居の児童がいる場合も記入してください。
※年齢、学年等は令和6年4月1日現在で記入してください。

○利用希望児童・利用希望保育施設記入欄

利用希望児童	フリガナ	サカワ タロウ		性別	男	生年月日	令和00・00・00	年齢	3歳	障害・発達の遅れまたは難病	有・無
	氏名	佐川 太郎		男・女	男						
希望期間	利用希望期間	(開始) 令和6年4月1日から		(終了)	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで						
現在の保育状況	現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> 職場内託児所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (現在通っている施設名)									
希望保育施設名	1	永野保育所		▼左の希望保育施設等をいずれも利用できなかった場合 <input type="checkbox"/> 左の()に利用できるまで待つ。 <input type="checkbox"/> 左の希望保育施設等以外の保育施設等を希望する。 (希望保育施設等変更届の提出が必要) <input type="checkbox"/> 保育施設等利用以外の方法を検討する。 () ▼きょうだい児の申込をしている場合 <input type="checkbox"/> 同じ保育施設に利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 異なる保育施設でも利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 一人でも利用を希望する。							
	2	黒岩中央保育所									
	3	希望する順番に保育所名									
	4	を書いてください									
	5										

※保育所(園)を希望する場合のみ記入

▼利用を希望する曜日・時間帯					※標準時間と短時間は希望されていても、設定は異なることがあります。	
曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木	<input checked="" type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
希望時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間 ※保育時間の8時間のみ <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間					

※該当する区分にチェックをし、必要事項を記入してください。
 ※父母の状況の証明となる書類（例：就労証明書等）の添付が必要ですので、ご注意ください。

区分	父の状況		母の状況		
<input checked="" type="checkbox"/> 就労 (予定含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中 (復職予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定		<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業取得中 (復職予定日 令和6年 4月 1日) <input type="checkbox"/> 就労先決定済 <input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動予定		
<input type="checkbox"/> 就学	学校名				
	就学日数	<input type="checkbox"/> 1か月あたり () 日 出産の場合は、出産後の予定を記入してください		1か月あたり () 日	
	就学時間	() 時 () 分 ~ () 時 () 分		午前・午後 () 時 () 分 ~ () 時 () 分	
	就学期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 出産	出産(予定)日	令和 年 月 日 ※母子手帳の添付が必要			
	出産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 産休のみ <input type="checkbox"/> 育児休業取得(予定) <input type="checkbox"/> 求職活動予定 令和 年 月 日 復職 令和6年 4月 1日 復職			
<input type="checkbox"/> 障害	障害名				
	手帳の交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B			
<input type="checkbox"/> 病気等	病名等				
	病院名				
	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 () (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 介護・看護	介護の対象者	氏名	続柄	氏名 続柄	
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い (月48時間以上120時間未満)		<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い (月48時間以上120時間未満)	
		<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い (月120時間以上)		<input type="checkbox"/> 入院または通院している親族に付き添い (月120時間以上)	
		<input type="checkbox"/> 居宅内介護看護(月48時間以上120時間未満)		<input type="checkbox"/> 居宅内介護看護(月48時間以上120時間未満)	
		<input type="checkbox"/> 居宅内介護看護(月120時間以上)		<input type="checkbox"/> 居宅内介護看護(月120時間以上)	
	病名・障害名 病院・施設名				
介護保険の利用	<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()		
父または母が同居していない理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 単身赴任(父 <input type="checkbox"/> 母)の場合 (住所)				
令和6年度幼稚園等の申込	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 有 該当者がいる場合は障害者手帳のコピーが必要です		
生活保護又は特定中国残留邦人等の支援給付	<input type="checkbox"/> 適用あり担当 ()		<input checked="" type="checkbox"/> 障害児(者)と同居している世帯 <input type="checkbox"/> 該当する(障害児(者)名 ()) <input type="checkbox"/> 該当しない		