

狛江市子育てのための施設等利用給付認定児童家庭状況報告書

狛江市長 宛て				収受印		
保 護 者	現住所又は居所 〒 ー					
	フリガナ					
	氏名					
次の同意事項を了承の上、次のとおり認定児童の家庭状況を報告します。 <div> 1. 施設等利用給付認定の審査並びに申請者及び同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。 2. 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定、施設等利用費の支給その他施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。 3. 施設等利用費は、市が認めた場合には、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。 4. 提出書類に関し、記入漏れ及び内容について提出書類作成先の担当者に照会する場合があります。 5. 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。 </div>					連絡先 <div> 第1希望 自宅・勤務先(父・母) 携帯(父・母)・その他() (ー) </div> <div> 第2希望 自宅・勤務先(父・母) 携帯(父・母)・その他() (ー) </div> <div> 第3希望 自宅・勤務先(父・母) 携帯(父・母)・その他() (ー) </div>	
年 月 日 <u>保護者氏名</u>						
申 込 児 童	フリガナ					
	氏 名					
	性別					
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)					
	施設利用開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		

「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

【4月～8月申請の方】 前年1月1日現在の住所※	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

※ 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される対象年度の前年度の市町村民税所得割額が分かる証明書（課税証明書等）を添付してください。

家庭状況（申込児を除く同居者を全員記入してください。）					
氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	年齢	職業・通学（園）先 個人番号（マイナンバー）
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始（予定）日
	預かり保育・認可外・一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 ー 電話番号： ー ー	年 月 日
	預かり保育・認可外・一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 ー 電話番号： ー ー	年 月 日
	預かり保育・認可外・一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 ー 電話番号： ー ー	年 月 日

※下欄は市使用欄

確認書類	免許・カード・その他（ ）				備考
受付		入力		確認	

保護者の状況	父の状況	母の状況
該当する項目を○で囲み、下欄の該当箇所を記入してください。	外勤・居宅外自営・居宅内自営 不存在・別居・疾病・障がい 介護・被災・就学等・求職 その他（ ）	外勤・居宅外自営・居宅内自営 不存在・別居・疾病・障がい 介護・被災・就学等・求職 その他（ ）

※「被災」又は「求職」に該当する場合は、下欄の記載は不要です。

外勤・ 就学等・ 自営・ 内	事業所・学校名		
	事業所・就学先住所		
	育児休業取得状況	<input type="checkbox"/> 取得していない <input type="checkbox"/> 取得している（取得していた） 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得していない <input type="checkbox"/> 取得している（取得していた） 年 月 日～ 年 月 日
疾病・ 障がい	疾病・障がい名		
	障害者手帳等	有（ 級・度） ・ 無	有（ 級・度） ・ 無
	要介護認定	有（ 要支援 ・ 要介護 ） ・ 無	有（ 要支援 ・ 要介護 ） ・ 無
	状況	入院・通院先（ ） 入院・通院開始日 年 月 日 週（ ）日・週（ ）時間付添い ----- 自宅療養	入院・通院先（ ） 入院・通院開始日 年 月 日 週（ ）日・週（ ）時間付添い ----- 自宅療養
介護	介護を受ける人	氏名： 続柄（ ）	氏名： 続柄（ ）
	疾病・障がい名		
	要介護認定等		
	介護の状況	入院・通院先（ ） 入院・通院開始日 年 月 日 週（ ）日・週（ ）時間付添い ----- 在宅	入院・通院先（ ） 入院・通院開始日 年 月 日 週（ ）日・週（ ）時間付添い ----- 在宅
不存在 別居	死亡・離婚・未婚・行方不明・拘禁 離婚を前提とした別居 ・ その他（ ）		
出 産	出産（予定）日： 年 月 日 産休： 有（ 年 月 日まで） ・ 無		

祖父母の状況

	氏 名	住 所	生年月日	年齢	職 業	生 計
母方	祖父		年 月 日			別 ・ 同一
	祖母		年 月 日			別 ・ 同一
父方	祖父		年 月 日			別 ・ 同一
	祖母		年 月 日			別 ・ 同一
同居祖父母が65歳未満で無職の場合、保育に当たれない理由						

生活保護について

現在、生活保護を受給していますか	
いいえ ・ はい	年 月 日 保護開始

★添付書類（以下の中から該当する書類を添付してください。）

ア 外勤・内勤	就労証明書（市指定様式あり・会社に記入してもらう。）
イ 自営業・親族経営会社勤務	就労証明書（市指定様式あり・御自身で記入する。）
ウ 就労内定の方	就労証明書（市指定様式あり・会社に記入してもらう。）
エ 病気や障がいがある方	障害者手帳の写し・診断書等（保育が困難との記載があるもの。詳しくは問合せ又は市の様式を使用）
オ 介護に当たっている方	介護認定通知書の写し、障害者手帳又は療育手帳の写し、診断書等・スケジュール表等
カ 就学	在学証明書・スケジュール表等
キ 出産予定	母子健康手帳の写し（出産予定日を確認できるもの）
ク 求職活動中の方	就労確約書（市指定様式あり・御自身で記入する。）及び求職活動中であることを証明するもの
ケ 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書