

保育所入所申込書

保護者氏名

白糠町長 様

【基本情報】

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申込み ※初めて入所の申込みをされる方及び保育所等の転園を希望される方			
	<input type="checkbox"/> 継続申込み ※すでに保育所等に入所中の方			
申込みに係る 子どもの氏名	(ふりがな)	生年月日		性別
		年	月	日生 (歳)
認定証番号	(2 号 ・ 3 号) ※すでに支給認定を受けている場合に記入してください			
保護者住所	〒			
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 (- -) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 (- -) <input type="checkbox"/> その他携帯 ()		

【利用(申込)者の世帯状況】

児童から みた同居 別居につ いて	両親	<input type="checkbox"/> 両親ともに同居 <input type="checkbox"/> 両親ともに別居 ⇒ 具体的な理由 () <input type="checkbox"/> 父または母どちらかが同居 ↳ <input type="checkbox"/> 母子、父子家庭 (離別 ・ 死別 ・ 未婚) <input type="checkbox"/> その他 (離婚調停中 ・ 拘禁 ・ その他 ())
	両親 以外	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 曾祖父 <input type="checkbox"/> 曾祖母 <input type="checkbox"/> その他 (続柄 ・ ・)

※両親の他に同居している方については、裏面に状況を記入してください

※町記載欄	支給の可否	入所施設名	入所期間
	可 ・ 否		自 令和 年 月 日
	決定日 (令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (保育部分) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育	至 令和 年 月 日
備考			

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

※【利用(申込)者の世帯状況】で両親以外で同居している方がいるに☑をしている場合、その方の状況を記入してください。(未就労の児童については記入不要)

【氏名】 【続柄】 【生年月日】 年 月 日生

1 家庭外労働	2 家庭内労働	3 出産等	4 疾病等	5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____	所在地 _____	電話() _____	就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上
出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日		入院・通院・在宅 病名(症状) _____	心身障害 障がい名 _____	看護の対象者 氏名 _____
			(手帳 級)	病名(症状) _____
				看護の場所 _____
				看護の時間 日 時間 週 日
その他(具体的に記入してください)				

【氏名】 【続柄】 【生年月日】 年 月 日生

1 家庭外労働	2 家庭内労働	3 出産等	4 疾病等	5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____	所在地 _____	電話() _____	就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上
出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日		入院・通院・在宅 病名(症状) _____	心身障害 障がい名 _____	看護の対象者 氏名 _____
			(手帳 級)	病名(症状) _____
				看護の場所 _____
				看護の時間 日 時間 週 日
その他(具体的に記入してください)				

【氏名】 【続柄】 【生年月日】 年 月 日生

1 家庭外労働	2 家庭内労働	3 出産等	4 疾病等	5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____	所在地 _____	電話() _____	就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上
出産予定日 令和 _____年 _____月 _____日		入院・通院・在宅 病名(症状) _____	心身障害 障がい名 _____	看護の対象者 氏名 _____
			(手帳 級)	病名(症状) _____
				看護の場所 _____
				看護の時間 日 時間 週 日
その他(具体的に記入してください)				

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。