

記入例

(新制度幼稚園・認定こども園幼稚園部分利用者)

必ずボールペンで記入してください。

鉛筆・シャープペンシル及び消せるボールペン等での記入は無効となります。

主たる生計者のお名前をご記入ください。なお、「①世帯の状況」の1段目にも、本欄と同じ方をご記入ください。

保 申 住 護 請 氏 名 者 者 生年月日	埼玉 仁志夫 昭和 50年 3月 5日生
連 絡 先	自宅 (048 -□□□ -○○○○) 携帯等① (090 -×××××-■■■■■)【父・母・()】 携帯等② (090 -△△△△-●●●●●)【父・母・()】

【同意いただく事項】

- さいたま市が施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(以下の「世帯の状況」に記入いただいた児童の同居者の情報を含む。)及び世帯状況を閲覧することがあります。
- 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付認定の審査に当たって、官公庁に対し必要な文書の閲覧又は資料(以下の「世帯の状況」に記入いただいた児童の同居者の情報を含む。)の提供(マイナンバーを用いた情報連携を含む。)を求めることがあります。
- 申請書に記載した情報(以下の「世帯の状況」に記入いただいた児童の同居者の情報を含む。)及び当該情報に基づき決定される利用者負担額(保育料)等は、施設型給付費、地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 申請内容に虚偽があった場合には、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費、特例施設型給付費及び特例地域型保育給付費の支給について現況を届け出ます。

申請に係る小学校就学前の児童		続 柄	支給認定証番号
フリガナ	サイタマ ヒカル	子	
氏 名	埼玉 光	障害者手帳の有無 有 ・ 無	生年月日 平成 30年 4月 29日生

① 世帯の状況

児童の同居者(同一家屋に居住している方)	(フリガナ) 氏 名	申込児童との続柄 (生計中心者)	生年月日	障害者手帳の有無
		サイタマ ニシオ 埼玉 仁志夫	父	昭和 50・ 3・ 5
	サイタマ ウラノ 埼玉 浦乃	母	昭和 51・ 1・ 20	有 ・ 無
	サイタマ ミドリ 埼玉 緑	姉	平成 23・ 3・ 29	有 ・ 無
	サイタマ サクラ 埼玉 桜	姉	平成 28・ 4・ 10	有 ・ 無
	サイタマ ミナミ 埼玉 南	祖母	昭和 20・ 10・ 19	有 ・ 無
	同居者全員の氏名をご記入ください。			
	該当する番号をご記入ください。			
生活保護の適用の有無 (該当する番号を記載)	1	1 適用なし 2 適用あり(受給者番号:) (平成・令和 年 月 日保護開始)		

記入は不要です。

障害者手帳の有無について○を付けてください。

記入は不要です。

入所年月

R4年 4月

園名

A幼稚園

家庭状況書

児童の送迎予定	送迎者氏名	埼玉 浦乃	続柄	母	送迎方法	自転車
---------	-------	-------	----	---	------	-----

※該当するところには○をするなど、必ず記入してください。

父母の状況		父の状況		母の状況		必要書類	
就労・就学	事業所名 就学先名					【就労】 <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> シフト表 (不定期の場合) 【就学】 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 授業のカリキュラム表	
	勤務地 就学地 移手段	□ 単身赴任中		□ 単身赴任中			
	連絡先	電話番号	-	-	電話番号		-
	勤務時間	月～金 時 分 ～ 時 分 土曜 時 分 ～ 時 分 不定期()	月～金 時 分 ～ 時 分 土曜 時 分 ～ 時 分 不定期()				
病気・障害	病気・障害名					※以下のいずれか <input type="checkbox"/> 医師の診断書 (保育困難明記) <input type="checkbox"/> 障害者手帳写し	
	状況	・入院(年 月 日から) ・自宅療養・通所通院(月・週に 回)		・入院(年 月 日から) ・自宅療養・通所通院(月・週に 回)			
	病院施設名						
看護・介護	介護・看護を受ける人	(続柄)		(続柄)		<input type="checkbox"/> 申立書 ※以下のいずれか1点 <input type="checkbox"/> 障害者手帳写し <input type="checkbox"/> 介護保険証写し <input type="checkbox"/> 医師の診断書 (要生活介助明記)	
	病気・障害名 要介護度						
	状況 通所・通院	週 日、日中 時間を要する 病院名・施設名()		週 日、日中 時間を要する 病院名・施設名()			
不存在	理由	死亡・離婚・離婚調停中・未婚・失踪 拘禁・裁判中・その他()		死亡・離婚・離婚調停中・未婚・失踪 拘禁・裁判中・その他()		【死亡・離婚・未婚】 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、児童扶養手当証書の写し又はひとり親家庭等医療費受給資格証の写し のいずれか1点 【上記以外】 <input type="checkbox"/> 状況確認ができるもの	
	発生時期	年 月 日(頃)から		年 月 日(頃)から			
出産予定あり 産休・育休中	出産予定日	令和 年 月 日				※出産前のみ <input type="checkbox"/> 母子健康手帳写し (表紙と出産予定日記載箇所)	
	産前・産後休暇 育児休業	無・有(令和 年 月 日まで) 無・有(令和 年 月 日まで)					
<small>※産後休暇相当期間(出産から8週間)終了後は、原則として2か月以内に保育を必要とする要件を満たす必要があります。就労の方で、育児休業を取得する場合は、保育施設を管轄する区役所支援課にご確認ください。</small>							

記入は不要です。

祖父母の状況	父方	氏名	年齢	職業	状況について・その他の特記事項
		祖父	埼玉 北男		有・無
祖母	埼玉 南	76	有・無	同居・別居・死亡・不明・その他()	
住所		さいたま市中央区上落合〇-〇-〇-101			電話番号(048 - □□□-〇〇〇〇)
母方	氏名	年齢	職業	状況について・その他の特記事項	
		祖父	大宮 沼太	75	有・無
祖母	大宮 見子	70	有・無	同居・別居・死亡・不明・その他()	
住所		さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇			電話番号(048 - ▲▲▲-◆◆◆)

別居かつ生計同一の兄弟姉妹	氏名	児童との続柄	生年月日	住所	職業・学校名等
	別居している兄弟がいなければ、記入は不要です。				

【提出書類について】

- 生活保護受給中の方は生活保護受給証明書を提出してください。
- 介護・看護対象以外の同居者で障害をお持ちの方がいる場合は、障害者手帳の写し等を提出してください。
- 上記以外にも状況により書類の提出をお願いすることがあります。あらかじめご了承ください。

※家庭状況書については福祉事務所において職場に確認するなど、内容を調査することがあります。

※記載事項に虚偽があった場合や必要書類が揃わない場合は、継続して在籍できなくなります。

※市外に転出する場合は、至急、在園保育施設を管轄する区役所支援課にご相談ください。