

保育所・認定こども園(長時間)・地域型保育事業・緊急保育室
利用申請書

台東区教育委員会 殿

令和 年 月 日

次のとおり、保育所・認定こども園(長時間)・地域型保育事業・緊急保育室の利用を申請します。
 なお、区が利用の調整に必要な範囲で、世帯構成員の住民登録、住民税、生活保護、幼稚園入園、児童扶養手当等に関する情報を調査利用することを承諾します。
 また、これらの情報や提出書類について、学務課・児童保育課及び保育所・認定こども園・地域型保育事業者・緊急保育室等で情報共有することに同意します。

(保護者1) 申請者	住所	台東区	丁目	番	号	(方書/建物名)
	氏名				電話番号	(保護者1) () (保護者2) ()

・利用申請児童については番号に○をつけてください。・2人以上の児童について申請する場合は、1枚の申請書に記入してください。

申請者を含む同居家族の氏名(単身赴任含む)	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	性別	職業または 学校(園)名	国籍	
	① 本人 (申込児童)		平成 令和	年 月 日			日本 ()
	2			年 月 日			日本 ()
	3			年 月 日			日本 ()
	4			年 月 日			日本 ()
	5			年 月 日			日本 ()
	6			年 月 日			日本 ()
	7			年 月 日			日本 ()

利用を希望する期間	令和 年 月 1 日 から <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで / <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	
利用を希望する曜日(○で囲む。)	月・火・水・木・金・土曜日	※該当する曜日に保護者全員が保育できないことが要件です。
利用を希望する時間	時 分から 時 分まで	※実際の保育時間は内定後の園の面接で決定します。
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(年 月 日から、死別・離別・失踪・別居・未婚・その他) <input type="checkbox"/> 上記以外	
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育施設名称: (認可・認証・認可外・幼稚園・認定こども園(短時間)・保育ママ・一時保育その他) <input type="checkbox"/> 保護者が保育: 自宅で保護者が保育(産前産後休暇中・育児休業中・求職中・就労内定)・職場で保護者が保育 <input type="checkbox"/> 保護者以外が保育: 知人(氏名:)・祖父母・祖父母以外の親族(続柄:)が保育	

施設(事業者)名 利用を希望する	第1希望	No.		第6希望	No.	
	第2希望	No.		第7希望	No.	
	第3希望	No.		第8希望	No.	
	第4希望	No.		第9希望	No.	
	第5希望	No.		第10希望	No.	

※希望園の数に上限はありません。第1希望以降は、余白または別紙にご記入ください。
 ※希望順位による有利・不利はありません。

※区処理欄					受付印	
CD	0 1 2 3 4 5				認定者番号	

※裏面もご記入ください

保護者等の状況 ※保育を必要とする事由及び、その他該当する事項について記入してください。

		保護者1の状況	保護者2の状況
就労	就労の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	通勤経路	自宅 ⇄	自宅 ⇄
	通勤時間	_____時間 _____分	_____時間 _____分
病気療養・障害	傷病名		
	病院名		
	通院の頻度	____年____月____日から通院。____日/月、所要時間____時間	____年____月____日から通院。____日/月、所要時間____時間
	入院		
	障害者手帳等の有無	有(____級/Ⅰ°-添付必要) ・ 無	有(____級/Ⅰ°-添付必要) ・ 無
介護・看護	介護(看護)時間等	1日の介護(看護)時間:約____時間。要介護度:(____)	1日の介護(看護)時間:約____時間。要介護度:(____)
	被介護(看護)者		
	状態	入院中・重度心身障害・寝たきり・自宅療養	入院中・重度心身障害・寝たきり・自宅療養
災害復旧	具体的な状況		
求職活動	頻度や状況		
就学	就学先		
	通学経路	自宅 ⇄	自宅 ⇄
	通学時間	_____時間 _____分	_____時間 _____分

祖父母の状況

		氏名	年齢	職業等	住所
保護者1	祖父		歳	外勤・自営・病気・その他()	
	祖母		歳	外勤・自営・病気・その他()	
保護者2	祖父		歳	外勤・自営・病気・その他()	
	祖母		歳	外勤・自営・病気・その他()	

その他の状況

生活保護の適用の有無	無 ・ 有(____年 ____月 ____日から保護開始)		
申請児童・兄弟の状況	障害者手帳等の有無	有 ・ 無	※有の場合は下記をご記入ください 【申請児童】 (____級/Ⅰ°-添付) 【きょうだい】 (____級/Ⅰ°-添付)
その他			
申込児童以外の出産(予定)の有無	<input type="checkbox"/> 有⇒出産(予定)日: ____年 ____月 ____日 その後の予定【産休 ____年 ____月 ____日まで、育休 ____年 ____月 ____日まで】 <input type="checkbox"/> 無		