

家族票

保護者	ふりがな				印	男・女	生年月日		
	氏名						昭和 平成	年	月
	自宅電話		- -	父携帯	- -	母携帯	- -		
	現住所		〒 -						
	前住所あるいは 転居予定先		(2年以内に転居された方、今後転居する予定のある方は記入ください)						
ふりがな				男・女	生年月日		健康保険における扶養者 父・母・()		
入園を希望される 子どもの氏名					平成 令和	年			月
利用を希望する時間		(平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分							
ふりがな 世帯員氏名		子どもとの 続柄	性別	生年月日		職業(勤め先)・学校等		※備考	
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
			男・女	年 月 日					
<p>※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害年金等の交付(給付)を受けている方、特別児童扶養手当の支給対象児については、備考欄にその旨を記入してください。</p>									
祖父母の 状況	続柄		氏名	住所	年齢	就労状況(勤務先)		健康状態	
	父方	祖父			歳				
		祖母			歳				
	母方	祖父			歳				
祖母				歳					
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> 有(担当者:) <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 無							
特記事項(園記入欄)									

預かり保育の利用を希望する方

保育を必要とする理由

父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学	
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

預かり保育を利用し、預かり保育部分の施設等利用費の無償化給付を受けることを希望します。 (新2・3号認定の申請をします)

保育の必要性を認める理由

*ひとり親家庭を除き、父母どちらにも該当する必要があります。

理由	状況
就労	保護者が就労している。(1カ月当たり64時間以上の就労)
妊娠・出産	母親が妊娠中あるいは出産前後である。 *認定期間は出産予定日の8週前が属する日の翌月1日から
疾病・障害	保護者が病気やけがであったり、心身に障害がある。
介護・看護	保護者が親族の介護・看護をしている。 (1カ月当たり64時間以上の介護・看護)
災害復旧	保護者が震災、風水害、火災その他の災害の復旧にあたっている。
求職活動	保護者が求職活動中である。*認定期間は90日が経過する月の末日まで
就学	保護者が就学している。(1か月あたり64時間以上の就学)