

## 令和7年度保育所入所現況届(兼次年度継続入所申請書)

※子ども番号(市記入)

施設型給付費・地域型給付費等支給認定について以下のとおり届出します。

入所施設名	〇〇保育園	フガナ 児童 氏名	(フガナ) ヒタチナカ コキア ひたちなか コキア	生年月日	R3年 11月 1日
住所	(〒 312-0052 ) ひたちなか市東石川〇〇番地	電話番号	父: 090-****-**** 母: 080-####-####		

【世帯員の状況】(住民票が別でも、同居している方、単身赴任中の方、別居の兄弟姉妹等も記入してください。)

入所児童を除く世帯員	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等
	(フガナ) ヒタチナカ タロウ ひたちなか 太郎	父	S60年 10月 1日	〇〇株式会社
	(フガナ) ヒタチナカ ハナコ ひたちなか 花子	母	S60年 10月 31日	〇〇コーポレーション
	(フガナ) ヒタチナカ カイ ひたちなか カイ	兄	2017年 4月 30日	〇〇保育園
	(フガナ)		年 月 日	
	(フガナ)		年 月 日	

## 【認定内容】

父の保育を必要とする事由			母の保育を必要とする事由		
<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 就労(育休中)	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 就労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(育休中)	<input type="checkbox"/> 疾病・障害
<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 求職活動
<input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> その他( )		

## 【世帯の状況】

世帯員の障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	対象者氏名( ) ※障害者手帳、療育手帳、特別児童扶養手当証書等の写しを添付
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
家庭状況(ひとり親家庭)	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他( )	※離婚調停中の場合は、裁判所からの証明書(期日通知書)等の写しを添付
緊急連絡先	連絡先1(070-****-****)(ひたちなか 福子 宛) ※祖父母宅など、保護者以外の 連絡先2(080-####-####)(常陸 那珂子 宛) 昼間連絡がとれる電話番号	

## 【祖父母の状況】

※届出日時時点の年齢

父方	祖父	氏名( ひたちなか 一郎 )	年齢( 65 )歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 ( <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・介護等 <input type="checkbox"/> 健康 )	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別
		住所( 水戸市〇〇町△△△△ )	勤務先名( )		
母方	祖母	氏名( ひたちなか 福子 )	年齢( 62 )歳	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 ( <input type="checkbox"/> 疾病・介護等 <input type="checkbox"/> 健康 )	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別
		住所( 同上 )	勤務先名( △△株式会社 )		
父方	祖父	氏名( )	年齢( )歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 ( <input type="checkbox"/> 疾病・介護等 <input type="checkbox"/> 健康 )	<input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別
		住所( )	勤務先名( )		
母方	祖母	氏名( 常陸 那珂子 )	年齢( 61 )歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 ( <input type="checkbox"/> 疾病・介護等 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 )	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別
		住所( 那珂市〇〇町□□□ )			

死別・離別の場合は該当欄にチェックのみしてください。  
※離別・・・長期間連絡をとっていない等の理由により、祖父または祖母による保育の期待が全くできない場合を指します。

裏面の内容に同意します。

保護者

保護者

令和 6年 9月 3日

署名(父) ひたちなか 太郎

署名(母) ひたちなか 花子

※裏面の【届出に係る同意確認】を必ずご確認いただき、署名してください。