

## 記入例

次年度以降も継続して、幼稚園等の預かり保育・認可外保育施設等の保育料の無償化を希望される場合は、現況届及び要件の書類の提出が必要となります。

子と 入所児童	フリガナ 氏名	生年月日	障害者手帳又は 療育手帳の有無	利用施設名
	認定を受けている児童を記載してください。3名までしか記載できません。 4名以上の場合は用紙をコピーし使用してください。 ※電子申請の場合は複数回に分けて申請してください。			無 ○○幼稚園 在園している施設名を記載してください。
				無

認定 保護者	フリガナ 氏名	入所児童 との続柄	連絡先	住所	前回提出時からの世 帯状況の変更の有無	⑤その他の場合	
	フッサ タロウ	(父)	0 9 0 - ● ● ● ● - x x x x	〒	いずれかを記載してください。	①無 ②結婚・離婚 ③転職・退職 ④出産 ⑤その他	
同一世帯に 属する保護 者	同一世帯ではない場合でも生 計を一にしている場合は記載 してください。			0 9 0 - x x x - ● ●	⑤の場合、変更内容を記載し、当 市への変更届等の提出の有無も記 載してください。	①無 ②結婚・離婚 ③転職・退職 ④その他	介護要件に変 更。8月に変更 届提出済み。

児童の世帯構成員 (入所児童及び保護者 を除く。)	フリガナ 氏名	入所児童①との続柄	生年月日	状況	障害者手帳 等の有無	前回提出時からの世 帯状況の変更の有無	変更がある場合
	フッサ サクラ			学校	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	就学に伴 い、別居
	福生 桜			どちらかにチェック をしてください。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				どちらかにチェック をしてください。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				変更がある場合、 具体的な状況につ いて記載してくだ さい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

保育の必要性	認定保護者の状況							
	①就労 ②就学 ③妊娠・出産 ④疾病 ⑤障害 ⑥介護・看護 ⑦求職 ⑧介助復旧 ⑨育児休業 ⑩その他	記載不要です	①就労 ②就学 ③妊娠・出産 ④疾病 ⑤障害 ⑥介護・看護 ⑦求職 ⑧介助復旧 ⑨育児休業 ⑩その他	⑪その他の場合				
保育を希望する時間	□①標準時間（最長11時間）				□②短時間（約1時間未満）			
①就労、②就学の場合	通勤（通学）手段/時間 ※手段が複数ある場合は 全てにチェック	通勤時間は往復の時間を記入します。				□徒歩	□その他	
③妊娠・出産の場合	出産予定年月日					約 2時間 30分（往復時間で記入）	約	
④疾病、⑤障害の場合	障害者手帳の有無							
⑥～⑧、⑩のうち得 る場合は記入	家庭等	疾病、障害、介護・看護の場合 は必ず頻度を記載してください。				週 5日又は月 日以上・1日 7時間以上	⑪その他の 場合	
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内容をよく読み、チェックをしてください。						
情報閲覧の同意	<input type="checkbox"/>	保育の利用に関する市町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します。						