

(第1号様式)

新規 在園

No

↓日付は提出時に記入して下さい。
受付日： 令和 年 月 日

保育所入所申込兼支給認定申請書 (児童台帳)

読谷村長 殿

| | | |
|-----|---------|----|
| 保護者 | 住所：読谷村字 | 番地 |
| | アパート名： | |
| | 氏名： | 印 |

保育所への入所につき、次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|
| 入所児童 | フリガナ | 生年月日 | 年齢 | 性別 | | |
| | 氏名 | 平成 令和 年 月 日 | 歳 | | | |
| 入所を希望する保育所名 | 第1希望 | 保育所・保育園 | 電話 | 父親 | 職場 | |
| | 第2希望 | 保育所・保育園 | | 母親 | 携帯 | |
| | 第3希望 | 保育所・保育園 | 番号 | 職場 | | |
| | 第4希望 | 保育所・保育園 | | 携帯 | | |
| | 上記以外で空きがある場合入園を希望 <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない | | | | | |
| 保育の実施を希望する期間 (令和 年 月 日から令和 年 月 日) | | | | | | |
| 税情報等の提供に当たっての署名欄 | | | きょうだい 児の申込の 有無 | <input type="checkbox"/> 申込あり <input type="checkbox"/> 申込なし | | |
| 読谷村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む)及び世帯情報を閲覧すること。その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に関して提示することに同意します。 保護者氏名 _____ 印 | | | ↓きょうだい児で申込み場合↓ | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 全員が同時に同じ保育所を希望 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 別々の園でも同時なら入所希望 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1人のみでも入所希望 | | | |
| 育休延長の可否 | <input type="checkbox"/> 希望する施設に入所できない場合は育休延長も許容できます。 | | | <input type="checkbox"/> 支給認定証の交付の希望 | | |
| 保育の実施を必要とする理由 | 続柄 | 保育の実施を必要とする理由 | | | 児童の 発育 状況 | |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> 普通 |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> アレルギー・除去食あり() |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> エビエンの所持(有・無) |
| 認定区分 | (村記入欄) | <input type="checkbox"/> 2号 | <input type="checkbox"/> 3号 | <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 | <input type="checkbox"/> アアナフィラキシーショックの既往歴有 <input type="checkbox"/> 療育センターへ通院中(週 回) <input type="checkbox"/> 障害・療育手帳等あり <input type="checkbox"/> 特別支援保育を希望する | |

◎家庭の状況 ※同居所に住む祖父母も記入してください。

| 区分 | フリガナ氏名 | 児童との続柄 | 居住状況 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 職業(学校名) | 個人番号(村記入欄) |
|------------------------------|--------|--------|---|----------------|----|-----|---------|------------|
| 入所児童の世帯員 | | 本人 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | R・H・S 年 月 日 | 歳 | 男・女 | | |
| 【世帯の状況】該当するものがあれば○をつけてください → | | | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯(<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 同じ世帯に障がい者(児)がいる(氏名 _____)(続柄 _____) | | | | | |