

保育の利用を必要とする申告書（就労以外の方用）

音更町長 宛て

	申告日	令和 年 月 日
住 所	〒	
保護者氏名	子どもとの続柄	電話番号
	(署名または記名・押印)	

申込児童	氏名	性別	生年月日	利用施設
			男・女	平成・令和 年 月 日
		男・女	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第1希望 <input type="checkbox"/> 利用中

保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 妊娠中または産後間がないため	出産予定日	令和 年 月 日	
		添付書類	母子手帳の出産予定日のページの写しを添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 疾病または障がい等を有するため	療養期間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月 日までの予定	
		診断名		
		添付書類	障害者手帳を添付してください。手帳がなければ、医師の診断書を添付してください。診断書は町の様式によるものとしますので、お電話などでご連絡ください。	
	<input type="checkbox"/> 同居の親族または長期入院をしている親族を常時介護または看護しているため	介護の状況等について聞き取りを行いますので、子ども福祉課窓口までお越しください。		
		添付書類	診断書、障害者手帳の写し、介護保険認定結果通知書の写し等を添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 災害の復旧に当たっているため	添付書類	罹災証明書等を添付してください。	
<input type="checkbox"/> 求職活動を行っているため	就労されたときは、子ども福祉課保育支援係までご連絡ください。認定の開始日から最大90日以内に就労されない場合は、給付認定が失効します（認定に基づく施設の利用または利用料等の無償化ができなくなります）。			
<input type="checkbox"/> 就学中または職業訓練中のため	添付書類	在学証明書、職業訓練受講証明書等を添付してください。		
<input type="checkbox"/> その他の事由	事由の状況	具体的に書いてください。		

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時かつ新規に申込み	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が保育施設等を利用中（施設名 ）
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ	<input type="checkbox"/> 申込児童が小規模事業所を卒園予定（施設名 ）
	<input type="checkbox"/> 申込児童が障がい等を有する。	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者がリストラ等により求職中
	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他町長が認める事由（ ）