

### 保育所等利用申込書

年 月 日

清川村長 殿

保護者 住所 愛甲郡清川村 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話（自宅）( ) \_\_\_\_\_

携帯（保護者）( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

父または母

保育所等の利用につき次のとおり申し込みます。

入所児童	氏名（ふりがな）		生年月日	性別	備考
			年 月 日	男・女	令和7年4月1日現在年齢 歳
利用を希望する 保育所等名	第1希望		希望理由		
	第2希望		希望理由		
	第3希望		希望理由		
保育の利用を 希望する期間	年 月 日 から 年 月 日まで（口就学前まで）				
保育の利用を 必要とする理由					

○利用児童の家族の状況（利用児童を除く）

区分	氏名	利用児童 との続柄	生年月日	性別	職業	備考
利用児童の世帯			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		
生活保護の状況			適用なし 適用あり（ 年 月 日保護開始）			

○ 字は楷書ではっきりと記入してください。（裏面にも記入してください。）

保育所等利用申込時の調査票

母親の状況	就労状況	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤・パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 育児休業中（期間 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		就労先名		所在地		
		休日		勤務時間		
		その他		仕事内容		
	病 気	病名（ ） 病院名（ ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院				
	出 産	現在、妊娠していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 出産予定日 R 年 月 日				
	介 護 等	被介護者名（ ） 続柄：（ ） 病名（ ） 介護の状況（ ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院				
学 生	学校名		在学期間	年 月 日～ 年 月 日		
父親の状況	就労状況	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤・パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 育児休業中（期間 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		就労先名		所在地		
		休日		勤務時間		
		その他		仕事内容		
	病 気	病名（ ） 病院名（ ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院				
	介 護 等	被介護者名（ ） 続柄：（ ） 病名（ ） 介護の状況（ ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院				
	学 生	学校名				
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	事由発生 年 月 日			調停期日通知書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※祖父母が別居している場合のみ、次に記入してください。

祖 父 母	氏 名	年 齢	住 所	傷 病	就 労	電 話
父 方	祖父		県 市区町村	有・無	有・無	
	祖母		県 市区町村	有・無	有・無	
母 方	祖父		県 市区町村	有・無	有・無	
	祖母		県 市区町村	有・無	有・無	

希望期間に入所できない場合	<input type="checkbox"/> その他施設に預ける（ <input type="checkbox"/> 認定保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 自宅で保育する <input type="checkbox"/> 親族が看る（予定者（ ）） <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く <input type="checkbox"/> 育児休暇復帰を延長する <input type="checkbox"/> その他（ ）
	※児童（兄弟姉妹）2人以上の申込みで同時に同じ保育所に入所できない場合 <input type="checkbox"/> 同時に同じ保育所に入れるまで待つ（それ以外の入所は辞退する） <input type="checkbox"/> 同時に入所できれば異なる保育所でもよい（1人だけの入所は辞退する） <input type="checkbox"/> 1人だけの入所でも希望する → その場合、どちらの児童を優先させますか。 （ <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> （児童名（ ））の入所を優先させたい。）
同意事項	市町村で保管する住民記録情報・税情報・その他入所に必要な情報について清川村職員が照会することに同意します。また、その情報に基づき決定した保育料について、特定教育・保育施設等に対して提供することに同意します。 令和 年 月 日 保護者氏名 <span style="float:right">㊟</span>