

家族状況等報告書

令和 年 月 日

佐野市長 様

保護者氏名 _____

保育の利用の継続を希望しますので、次のことに同意のうえ保育を必要とする状況を報告します。

- ・市が教育・保育給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。
- ・閲覧した情報から教育・保育給付認定に係る児童の副食費を免除すると決定した場合、市が児童の利用施設に対してその旨を提示すること。
- ・閲覧した情報を基に決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。

入所児童	氏名		生年月日	クラス 年齢	性別	現在入所している施設
	<small>(ふりがな)</small>		年 月 日		男 ・ 女	
保護者の 住所・連絡先	現住所	〒 佐野市				
	電話番号		連絡先電話番号 (携帯電話など)	所有者： 所有者：		

①保育の利用を必要とする理由等

続柄	必要とする理由	備考
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		非該当・該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯）			
生活保護の適用の有無		非該当・該当（ 年 月 日保護開始）			
区分	氏名	生年月日 (令和5年度4/1の年齢)	児童との 続柄	職業又は学校名	児童と別住所の場合 チェック
児童の 世帯員 (*1)		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/>

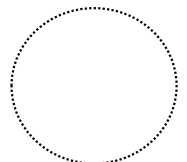
(*1) 児童本人以外の児童の父母及び同居している親族等の全員について記入してください。
 ※児童と住民票上同一の方、住民票が別でも同じ家に住み一緒に生活している方、単身赴任者や入院者など実際の居住が別でも経済的に一体性のある方も併せて記入してください。

R5.1

施設の受付印

*市・施設記載欄

継続利用の可否	認定区分等
可 ・ 否	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
(否とする理由：)	



同居人の追加・別居処理 / 他の世帯員あり・なし

家族状況等報告書

記入例

令和 5 年 1 月 25 日

佐野市長 様

保護者氏名 佐野 花子

保育の利用の継続を希望しますので、次のことに同意のうえ保育を必要とする状況を報告します。

- ・市が教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること
- ・閲覧した情報から教育・保育給付認定に係る児童の副食費を免除すると決定し、利用施設に對してその旨を提示すること。
- ・閲覧した情報を基に決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等

令和5年4月1日現在の年齢を記入してください。

入所児童	氏名	生年月日	クラス 年齢	性別	現在入所している施設
	(ふりがな) さの じろう 佐野 次郎	令和2年 4月10日	2	男	〇〇保育園
保護者の住所・連絡先	現住所	〒327-0801 佐野市 高砂町1番地 たかさごコーポA202			
	電話番号	24-5111	連絡先電話番号 (携帯電話など)	080-1234-〇〇〇〇 所有者:父 090-1234-△△△△ 所有者:母	

連絡先は保護者などふたりの方の電話番号を記載してください。

①保育の利用を必要とする理由等

続柄	必要とする理由
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他

該当する場合は、チェックをしたうえで以下の書類を添付してください。
ひとり親世帯等
ひとり親申立書 児童扶養手当証書、ひとり親家庭医療費受給者資格証の写し
在宅障がい児(者)のいる世帯
該当する方の身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療

②世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・ 該当 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当・ <input type="checkbox"/> 該当(年 月 日保護開始)				
区分	氏名	生年月日 (令和5年度4/1の年齢)	児童との続柄	職業又は学校名	児童と別住所の場合 チェック
児童の世帯員 (*1)	佐野 一郎	S〇〇年 8月12日(●●歳)	父	会社員・葛生商店	<input type="checkbox"/>
	佐野 花子	S〇〇年 1月 5日(●●歳)	母	会社員・さの(株)	<input type="checkbox"/>
	佐野 さくら	H〇〇年 4月 5日(●●歳)	姉	〇〇小学校2年	<input type="checkbox"/>
	佐野 太郎	H〇〇年 8月 8日(●●歳)	兄	〇〇〇保育園	<input type="checkbox"/>
	田沼 幸太郎	S〇〇年 7月16日(●●歳)	祖父	会社員・(株)吉水	<input checked="" type="checkbox"/>
	田沼 由紀子	S〇〇年12月12日(●●歳)	祖母	パート・スーパー高砂	<input checked="" type="checkbox"/>
	年 月 日(歳)				<input type="checkbox"/>

(*1)児童本人以外の児童の父母及び同居している親族等の全員について記入してください。
※児童と住民票上同一の方、住民票が別でも同じ家に住み一緒に生活している方、単身赴任者、実際の居住が別でも経済的に一体性のある方も併せて記入してください。

敷地内の別家屋にお住まいのご家族も氏名を記入し、チェックしてください。住民票が別でも実際に同居している方がいる場合は保育上は同じ世帯とみなしますので、氏名を記入してください。

*市・施設記載欄

継続利用の可否	可 ・ 否
(否とする理由:)	(<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)

同居人の追加・別居処理 / 他の世帯員あり・なし