

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 (ふりがな)	生年月日	クラス年齢	性別	現在入所している施設
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:		

①保育の利用を必要とする理由等

統柄	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		非該当・該当(□離別・死別 □別居(調停 有・無) □行方不明 □未婚)			
		時期(年 月)			
在宅障がい児(者)のいる世帯		非該当・該当(□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳)			
生活保護の適用の有無		非該当・該当(平成 ・ 令和 年 月 日 保護開始)			
区分	氏名	生年月日 (次年度4/1の年齢)	児童との統柄	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)児童本人を除き、兄弟、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住所の方、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、就学等の理由で別居している家族など、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。

R7.8

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 (否とする理由:)	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (□標準 □短時間)

