

保育を必要とすることの申告書

令和 年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

【求職活動】

- ☐ ①保育施設等の利用を開始できたら求職活動を行う
☐ ②現在、求職活動を行っている
☐ ③現在は就労しているが、今後退職し求職活動を行う予定である

支給認定開始日から起算して90日を経過する日が属する月の末日までに保育を必要とすることの証明を提出できない場合は、認定期間満了となり、保育施設等利用中の場合は保育施設等を退所となることに異議ありません。（教育・保育給付認定2・3号認定の場合に限る）

就労経験	☐ あり 年 月 ～ 年 月 まで		
	☐ なし		
「②現在、求職活動を行っている」に該当の方は以下を記入してください			
求職活動の 状況確認書類	☐ ハローワークカード ☐ 応募先の通知等 ☐ 雇用保険受給者資格証 ☐ 書類なし（初回申請のみ選択可）		
	☐ その他（ ）		
求職活動時間	一週あたり 平均 日	一日あたり 平均 時間	
求職対象の職種	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他（ ）		

【介護・看護】

介護・看護 する方	氏名		児童との 続柄	父・母・その他（ ）
介護・看護 される方	氏名	年齢	児童との 続柄	祖父・祖母・その他（ ）
		☐ 同居 ☐ 別居（住所： ）		
介護・看護を 必要とする理由	☐ 身体障害者手帳 種 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級 ☐ 療育手帳 A・B			
	☐ 介護保険被保険者証（要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 ） ☐ その他（病名等： ）			
デイサービスの 利用	☐ 利用していない ☐ 利用している（サービスの内容： ）			
介護・看護 の状況	☐ 自宅介護・看護		☐ 家事援助 ☐ 食事補助 ☐ 衣服着脱 ☐ 入浴補助 ☐ 排泄補助 ☐ その他（ ）	
	☐ 入院・通院の付き添い		入院・通院先（医療機関名： ）所在地： ）	
	☐ 施設通所の付き添い		通所先（施設名： ）所在地： ）	
介護・看護の 日数・平均時間	一月あたり 日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日		※介護・看護を行う曜日に ☑を入れてください
	平 日	合計：	時間 分	時 分 ～ 時 分
	土 曜	合計：	時間 分	時 分 ～ 時 分
	日曜・祝日	合計：	時間 分	時 分 ～ 時 分
その他具体的な 介護・看護内容				
添付書類	☐ 診断書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 介護保険被保険者証 のいずれかの写し一点			

保護者記載欄	児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）
		令和 年 月 日		
	児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）
		令和 年 月 日		
児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）	
	令和 年 月 日			

保育を必要とすることの申告書

令和 年 月 日

住 所
氏 名
電話番号

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

【就学】

就学者氏名					児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他（ ）			
学校名			就学期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
学校の種類	☐ 大学 ☐ 大学院 ☐ 短期大学 ☐ 専門学校 ☐ 各種学校 ☐ その他（ ）								
就学日数	一月あたり 日								
就学時間	一月あたり 時間								
就学の時間帯 ※24時間表記・休憩を含んだ時間でご記入ください	月	時 分 ～ 時 分		火	時 分 ～ 時 分				
	水	時 分 ～ 時 分		木	時 分 ～ 時 分				
	金	時 分 ～ 時 分		土	時 分 ～ 時 分				
	日	時 分 ～ 時 分							
添付書類	☐ 在学証明書 ☐ 時間割やカリキュラムのわかる書類				※自宅受講で時間割が存在しない場合は、1か月で受講しなければならない時間が明記された書類を提出してください。				

【妊娠・出産】

産前休暇	年 月 日 ～ 年 月 日			
産後休暇	年 月 日 ～ 年 月 日			
育児休暇	年 月 日 ～ 年 月 日			
出産予定日	年 月 日	休業・休暇後の予定	復 帰 ・ 退 職 ・ 求 職 ・ 就 職	
添付書類	☐ 就労証明書（入所中の方のみ） ☐ 母子手帳の写し（保護者氏名・出産予定日が記載されている部分）		※休業後に復帰しない場合（退職する場合）は、保育所を退所することになりますのでご注意ください。また、「育児休業」とは、厚生労働省の育児休業等給付を受けられる休業に限り、企業独自の育児休暇は認められませんのでご注意ください。	

【疾病・障害等】

療養者氏名					児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他（ ）			
療養の状況	☐ 居宅療養 ☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ その他（ ）								
療養予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
疾病名称					医療機関名				
通院頻度	一月あたり 日		通院所要時間	自宅から k m		病院内滞在時間 分			
保育困難な理由	※具体的にご記入ください								
添付書類	☐ 診断書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 障害年金の受給が確認できる書類のいずれかの写し一点								

保護者記載欄	児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）
		令和 年 月 日		
	児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）
		令和 年 月 日		
児童名	生年月日	施設名	☐ 利用中 ☐ 申込中（第1希望）	
	令和 年 月 日			