

児童氏名	生年月日	施設名
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込(第1希望) <input type="checkbox"/> 在園
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込(第1希望) <input type="checkbox"/> 在園
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込(第1希望) <input type="checkbox"/> 在園

※保育の必要性に係る状況申告書は1世帯につき1部の提出で構いません。

保育の必要性に係る状況申告書

(あて先) 館林市長

私(もしくは、同居者)の保育を必要とする状況を、以下のとおり申告します。

年 月 日

保護者(申告者)氏名

印

【父母以外の同居者(祖父母等)の状況】

※1 18歳以上の同居者について、記入してください。

※2 世帯分離をしても同一住所の場合は、記入してください。

No. 1	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	児童との 続柄
	上記の方の保育を必要とする状況				
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	就労(就学)先	TEL		
		日数・時間	週・月 ____日	:	~ :
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	⇒裏面に記入してください。			
<input type="checkbox"/> その他	(保育を必要とする理由)				
No. 2	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	児童との 続柄
	上記の方の保育を必要とする状況				
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	就労(就学)先	TEL		
		日数・時間	週・月 ____日	:	~ :
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	⇒裏面に記入してください。			
<input type="checkbox"/> その他	(保育を必要とする理由)				
No. 3	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	児童との 続柄
	上記の方の保育を必要とする状況				
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	就労(就学)先	TEL		
		日数・時間	週・月 ____日	:	~ :
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	⇒裏面に記入してください。			
<input type="checkbox"/> その他	(保育を必要とする理由)				
No. 4	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	児童との 続柄
	上記の方の保育を必要とする状況				
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	就労(就学)先	TEL		
		日数・時間	週・月 ____日	:	~ :
	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	⇒裏面に記入してください。			
<input type="checkbox"/> その他	(保育を必要とする理由)				

※保護者もしくは同居者の疾病・障がいの状況は、裏面に記入してください。

【保護者もしくは同居者が疾病・障がいにより保育を必要とする状況】

※1 保護者が疾病の場合、医師の診断書を添付してください。（同居者の場合は任意）

※2 障害者手帳の交付を受けている場合は、写しを添付してください。（該当する方全員分）

氏名		生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日生	児童との 続柄	
※ 表面記入該当者は、表面該当No.に○を付すことにより、裏面氏名・生年月日・続柄省略可								1・2・3・4
上記の方の疾病・障がいの状況								
傷病名								
症状								
障害者手帳の種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障害名 _____ 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ _____ 級）							
入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日							
通院期間	年 月 日 ～ 週・月 _____日							
治療見込期間	年 月 日 ～ 年 月 日							
家庭で保育ができない理由								

氏名		生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日生	児童との 続柄	
※ 表面記入該当者は、表面該当No.に○を付すことにより、裏面氏名・生年月日・続柄省略可								1・2・3・4
上記の方の疾病・障がいの状況								
傷病名								
症状								
障害者手帳の種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障害名 _____ 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ _____ 級）							
入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日							
通院期間	年 月 日 ～ 週・月 _____日							
治療見込期間	年 月 日 ～ 年 月 日							
家庭で保育ができない理由								

※ 保護者記入欄はここまで（以下は記入不要です） ※

※市記載欄

--

※その他確認欄

上記の内容を確認しました。
（確認者職名） _____ （氏名） _____ (印)