

○申請子どもの家庭の状況

父母と同じ住所に住む同居者を全員（世帯分離している人も含む）記入して下さい。

申請子どもの中心者に○を付けて下さい 申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日	備考※	障害者手帳	
	1		父	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	2		母	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	3			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

※ 「備考」 父母の現住所が古河市外の場合は記入してください。

○利用（予定）する施設名

特別支援学校幼稚部、幼稚園・認定こども園（教育時間外の預かり保育）を利用する方は記入して下さい。

フリガナ	所在地
施設名	利用開始予定日 年 月 日

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動		年 月 日

○保育を必要とする理由

該当の理由にチェックを付けてください。

		父親の状況	母親の状況
就労	就労 種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ $\left(\begin{array}{cc} \square \text{ 自宅} & \square \text{ 中心者} \\ \square \text{ 自宅以外} & \square \text{ 協力者} \end{array} \right)$ <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ $\left(\begin{array}{cc} \square \text{ 自宅} & \square \text{ 中心者} \\ \square \text{ 自宅以外} & \square \text{ 協力者} \end{array} \right)$ <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	添付書類	「勤務（内定）証明・申立書」（社印無しは無効）	
妊娠・出産 (申請時点)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日	
	期間	出産前（8週間）・出産後（8週間）に限る	
	添付書類	母子健康手帳の写し (氏名が記載された表紙の写し と 出産予定日が記載されているページの写し)	
疾病・障害 等		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	添付書類	「医師の診断書」 又は 障害者手帳（氏名・等級記載部分の写し）	
介護・看護	被介護者名	(申請子どもとの続柄：)	(申請子どもとの続柄：)
	傷病・障害名		
	受診等 の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名（ ）	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名（ ）
	添付書類	「介護・看護状況申告書」 及び 被介護・看護者の状態の証明 (介護保険証、障害者手帳等の写し 又は 「医師の診断書」)	
災害復旧	災害の状況：	災害の状況：	
求職活動等		活動の内容：	活動の内容：
	添付書類	「求職活動申立書」	
就学	就学の 目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ）
	期間	年 月 日まで	年 月 日まで
	添付書類	在学証明書（入学予定の場合は合格通知等） と 時間割表	
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容	

※ 「」 カッコが付いている書類は、利用している施設又は古河市役所で様式を取得して、ご記入のうえ添付してください。

※ 「医師の診断書」は費用がかかることがあります。