

3 幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む。)方は記入してください。

施設名	みとのうめ幼稚園	所在市区町村 (市外施設の場合のみ記入)	利用開始年月日	令和8年4月1日
預かり保育の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用する(預かり保育利用開始年月日: 令和8年4月1日) <input type="checkbox"/> 利用しない			

4 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(ファミリーサポートセンター)を利用する(予定含む)方は記入してください。

施設名	利用するサービスの種類	所在市区町村 (市外施設の場合のみ記入)	利用開始年月日
水戸ファミリーサポートセンター	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input checked="" type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業(ファミリーサポートセンター)		令和8年4月1日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業(ファミリーサポートセンター)		年 月 日
			年 月 日

父・母それぞれの保育の必要性の事由について記入してください。
保育の必要性を証明する書類の添付が必要です。

5 保育を必要とする理由に応じて記入してください。なお、保育を必要とする理由を証明する書類の添付が必要です。

理由	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 checked="" type="checkbox"/> 自営(<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外) <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()			
	通勤手段・時間 手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他() 時間:約 分(往復時間を記入)	手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他() 時間:約 40 分(往復時間を記入)			
	前年1月1日以降の転職 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td> ①就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から ②就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から </td> </tr> </table>	}	①就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から ②就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td> ①就労先名: 〇〇株式会社 就労期間: 令和4年1月1日から ②就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から </td> </tr> </table>	}
}	①就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から ②就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から				
}	①就労先名: 〇〇株式会社 就労期間: 令和4年1月1日 から ②就労先名: _____ 就労期間: 年 月 日から				
妊娠・出産		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(出産予定日: 年 月 日)			
傷 病	傷病名: _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)	傷病名: _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回)			
障 害	障害名: _____ 等級() 種類(身体・精神・療育・障害年金)	障害名: _____ 等級() 種類(身体・精神・療育・障害年金)			
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 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(月・週 回)施設名: _____	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(月・週 回)施設名: _____			
災害復旧	災害の状況: _____	災害の状況: _____			
求職活動	活動の状況: _____	活動の状況: _____			
就 学	通学手段・時間 手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他() 時間:約 分(往復時間を記入)	手段:自動車・自転車・バス・徒歩・その他() 時間:約 分(往復時間を記入)			
	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			
その他	(就労日数・時間)月・日 保育を行うことが困難と認められる	間			

施設等利用給付認定を受けた場合、保護者は施設・事業所に支払った保育料を市に請求し、市は請求に基づき「施設等利用費」として給付金を保護者の口座に振り込みます。
施設等利用費の振込先として指定する口座(申請者名義の口座)を記入してください。

口座情報(施設等利用費の振込先)(※3)

金融機関名	水戸 銀行 ・信用金庫 農協・信用組合	支店名	市役所	支店
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 1 1 1 1 1 1	
口座名義	(カタカナで記入) ホイクタロウ			