第５号様式（第７条関係）　　（表）

保育の必要性の確認申請書

記入年月日	年　月　日

新宿区長　宛て

申請者(保護者)

居住地　新宿区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　父:＿＿＿（　　）＿＿＿＿　母:＿＿＿（　　）＿＿＿＿

氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

新宿区から在籍する幼稚園に、あなたの認定の状況を情報提供することに

（　同意します　・　同意しません　）※カッコ内のどちらかに○をつけてください。

下記事項に同意の上、満３歳児に係る保育の必要性の確認について、次のとおり申請します。

① 個人番号の利用により、区が保有する特別区民税の課税情報、生活保護等又は児童扶養手当の受給情報を確認すること。また、他市区町村が保有する当該情報を照会することがあります。
② 申請内容が事実と相違した場合は、保育の必要性の確認を取り消すことがあります。
③ 原則として、申請書を受理してから 30 日以内に保育の必要性の確認通知書を送付しますが、審査に時間を要する場合は、30 日以内に送付できない場合があります。

申請に係る子ども		フリガナ 氏名	続柄	生年月日	認定区分	個人番号
	1			（　歳） 年　月　日		
	2			（　歳） 年　月　日		
認定を必要とする期間		年　月　日から　年　月　日				

1　世帯状況

	代表保護者の選択※2	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	個人番号 勤務先、在籍施設等	前年１月１日現在の居住地	前々年1月1日現在の居住地
保護者	□			（　歳） 年　月　日		□新宿区 □その他 （　）	□新宿区 □その他 （　）
保護者	□			（　歳） 年　月　日		□新宿区 □その他 （　）	□新宿区 □その他 （　）
保護者以外の世帯員				（　歳） 年　月　日		※区記入欄	※区記入欄
保護者以外の世帯員				（　歳） 年　月　日		※	※
保護者以外の世帯員				（　歳） 年　月　日		※	※

家庭の状況の確認	
	□　生計を一にする別世帯の家族　（例：単身赴任の父）
	□　父母の海外赴任歴　（父）　年　月　日から　年　月　日まで （母）　年　月　日から　年　月　日まで
	□　生活保護等※3 受給世帯　（　年　月　日受給開始）
	□　ひとり親世帯　（児童扶養手当受給　有　・　無　・　手続中）

※1　代表保護者となる者１人にチェックをすること。
※2　「生活保護等」とは、生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第 30 号）による支援給付をいう。

2　在籍する幼稚園　　（裏）

施設名	利用開始（予定）日
	年　　月　　日

3　利用を希望する施設、サービス等

在籍する幼稚園以外の施設を利用する場合に記入すること。

※サービスの種類によっては補助対象外になる場合があります。

施設名	利用するサービスの種類	利用開始（予定）日
	□一時保育、定期利用保育　□認可外　□病児保育 □ファミリー・サポート・センター事業	年　　月　　日
	□一時保育、定期利用保育　□認可外　□病児保育 □ファミリー・サポート・センター事業	年　　月　　日
	□一時保育、定期利用保育　□認可外　□病児保育 □ファミリー・サポート・センター事業	年　　月　　日

4　保育を必要とする事由

		父の状況	母の状況
就労（予定）	就労形態（該当に○印）	居宅外勤務(常勤・パート・その他)、居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中)、その他(　　)	居宅外勤務(常勤・パート・その他)、居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中)、その他(　　)
	勤務(予定)先名(受注先)		
	所在地		
	電話番号	(　　)	(　　)
	仕事の内容		
	就労時間・曜日・日数 ※　就労(予定)証明書と就労時間・曜日等が異なる場合は、理由を記入	＿＿：＿＿～＿＿：＿＿ (　月・火・水・木・金・土・日　) 1日平均＿＿時間　週平均＿＿日間 (理由)	＿＿：＿＿～＿＿：＿＿ (　月・火・水・木・金・土・日　) 1日平均＿＿時間　週平均＿＿日間 (理由)
	自営の方	使用人　有(　　)人・無	使用人　有(　　)人・無
	求職(内定・活動中)の方	失業　有(　　年　　月　　日)・無	失業　有(　　年　　月　　日)・無
	産休・育休中の方	産休・育休後職場復帰　　年　　月　　日予定	
就労以外	出産	出産（予定）日　　年　　月　　日　(母子健康手帳の写しを添付)	
	心身障害	障害名(　　) 身体障害者手帳(　　)級・愛の手帳(　　)度・ 精神障害者保健福祉手帳(　　)級	障害名(　　) 身体障害者手帳(　　)級・愛の手帳(　　)度・ 精神障害者保健福祉手帳(　　)級
	疾病	病名(　　)診断書添付 病院名(　　) ＿＿年＿＿月から通院・入院・入院予定 療養予定期間　約＿＿か月間	病名(　　)診断書添付 病院名(　　) ＿＿年＿＿月から通院・入院・入院予定 療養予定期間　約＿＿か月間
	看護・介護	対象者名(　　)続柄(　　)＿＿歳　看護・介護開始＿＿年＿＿月から 病名(　　)診断書添付　手帳　無・有(＿＿＿＿手帳＿＿級・度) 療養場所：自宅・病院等（施設名　　） 看護・介護日数　毎日・週(　　)日間　＿＿：＿＿～＿＿：＿＿	
	就学 技能習得 日本語学校	学校名(　　) ＿＿年＿＿月入学　＿＿年制の＿＿年次在学中 受講日　週＿＿日間　＿＿：＿＿～＿＿：＿＿ 入学・在学証明書・カリキュラム添付	学校名(　　) ＿＿年＿＿月入学　＿＿年制の＿＿年次在学中 受講日　週＿＿日間　＿＿：＿＿～＿＿：＿＿ 入学・在学証明書・カリキュラム添付
	その他		