第1号様式

提出先:実施施設

浜松市一般型一時預かり事業等利用申出書

※太枠内を記載してください

令和　　年　　月　　日

（あて先）施設長 ・ 浜松市長

申出者

住所 （里帰りの場合は里帰り先の住所）	〒　　－　　浜松市　　区
（里帰りの場合の市外住所）	
保護者氏名	（自署しない場合は押印してください。）
連絡先電話番号	

浜松市一般型一時預かり事業等を利用したいので、次のとおり申し出をします。

「いいえ」に該当がある場合、ご利用ができません

利用に当たっての同意事項

1.申し出の内容については、全て虚偽が無いことを誓約します。	はい ・	いいえ
2.浜松市一般型一時預かり事業等の実施に当たって必要な範囲内で、実施施設、浜松市及びその他機関との間で利用児童や保護者等の情報を共有することに同意します。	はい ・	いいえ
3.施設長及び浜松市長が事実確認のために必要に応じて勤務先等に対し照会することに同意します。	はい ・	いいえ
4.利用を希望する期間中に認定こども園（保育所機能に限る。）、保育所及び地域型保育事業に入所していません（市外からの保護者の里帰りで、妊娠・出産又は入院の理由による利用を除く。）。	はい ・	いいえ
5.利用を希望する期間中に他の実施施設での浜松市一般型一時預かり事業等の利用はありません（実施施設への入所決定によるならし保育で当該実施施設を利用する又は転居の場合を除く。）。	はい ・	いいえ
6.利用に当たり、実施施設から示された注意事項を了承します。	はい ・	いいえ
7.浜松市一般型一時預かり事業等を利用する日及び保育時間については、実施施設と調整のうえ決定します。	はい ・	いいえ
8.利用料及び副食費を実施施設の定める期限までに支払うことを誓約します。	はい ・	いいえ

利用する実施施設の名称		無償化施設の該当	□該当 □非該当

	（ふりがな）氏名	性別	生年月日	4月1日時点の満年齢	無償化の認定の有無
利用児童	（　　）	男 女	平成 令和　　年　　月　　日生	0・1・2 3・4・5	□無し □新2号認定 □新3号認定
	住所　□保護者と同じ　□保護者と異なる（　　）※要件要確認				
	（　　）	男 女	平成 令和　　年　　月　　日生	0・1・2 3・4・5	□無し □新2号認定 □新3号認定
	住所　□保護者と同じ　□保護者と異なる（　　）※要件要確認				
	（　　）	男 女	平成 令和　　年　　月　　日生	0・1・2 3・4・5	□無し □新2号認定 □新3号認定
	住所　□保護者と同じ　□保護者と異なる（　　）※要件要確認				

		氏名	年齢	勤務先の名称	勤務先の電話番号
利用児童以外の家族構成	父				
	母				
	父母以外の保護者				
	父・母以外の家族	□ 祖父　□ 兄（　　人）　□ 弟（　　人）　□ その他 □ 祖母　□ 姉（　　人）　□ 妹（　　人）　（　　）			

利用料等免除への該当の可能性	□ 市町村民税非課税世帯　□ 生活保護世帯　□ 里親　□ 左記に該当しない ※利用料免除に該当する可能性がある場合は、**浜松市への申請が別途必要**です

（裏面有り）

区分	利用可能日数	保育を必要とする事由	利用を希望する月（希望する月を丸で囲む）	
市内住所の場合	週5日以内	□ ①妊娠・出産（週3日以内利用）	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	産前6週間（多胎児産前14週間）～産後8週間に限る ※2
		□ ②妊娠・出産（週4日以上利用・**母子手帳の写しが必要**）※1		
		①②共通　分娩予定日又は分娩日 ＿＿＿＿ 多胎児の該当有無　有　・　無		
		□ ③入院（週3日以内利用）	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	入院初日から2か月間のうち、入院期間中に限る ※2
		□ ④入院（週4日以上利用・**入院を証する書類の写しが必要**）※1		
		③④共通　入院期間 ＿＿＿＿ ～ ＿＿＿＿		
	週3日以内	□ ⑤就労	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	年度末までの希望が可能
		父の状況　就労形態　正規　・　パート　・　その他（　　）		
		父の状況　仕事内容 ＿＿＿＿		
		父の状況　就労時間　平均的に1日あたり　時間程度		
		父の状況　勤務日数　平均的に1週間あたり　日程度		
		母の状況　就労形態　正規　・　パート　・　その他（　　）		
		母の状況　仕事内容 ＿＿＿＿		
		母の状況　就労時間　平均的に1日あたり　時間程度		
		母の状況　勤務日数　平均的に1週間あたり　日程度		
		□ ⑥就学・職業訓練・就労準備・求職活動	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	3か月ごとの更新が必要
		□ ⑦保護者の疾病、親族の介護・看護	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	
		□ ⑧災害・事故	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	
		□ ⑨育児に伴う負担の解消	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	
		□ ⑩集団生活への慣れ	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	
		□ ⑪その他市長が必要と認めるもの	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3	
		具体的な理由 ＿＿＿＿		
市外からの保護者の里帰りの場合	週5日以内	□ ⑫妊娠・出産（週3日以内利用・**母子手帳の写しが必要**）※1	4・5・6・7・8・9	産前6週間（多胎児産前14週間）～産後8週間に限る ※2
		□ ⑬妊娠・出産（週4日以上利用・**母子手帳の写しが必要**）※1	10・11・12・1・2・3	
		⑫⑬共通　分娩予定日又は分娩日 ＿＿＿＿ 多胎児の該当有無　有　・　無		
		□ ⑭入院（週3日以内利用・**入院を証する書類の写しが必要**）※1	4・5・6・7・8・9	入院初日から2か月間のうち、入院期間中に限る ※2
		□ ⑮入院（週4日以上利用・**入院を証する書類の写しが必要**）※1	10・11・12・1・2・3	
		⑭⑮共通　入院期間 ＿＿＿＿ ～ ＿＿＿＿		

※1 母子手帳の写し又は入院を証する書類の写しは、施設等利用給付認定通知書（新2号・新3号認定）の写しに代えることができる。
※2 期間の最初の日が属する週については、その週の初日からの利用が可能。また、期間の最終の日が属する週については、その週の末日までの利用が可能。

（以下は、申出事項に変更があった場合のみ追加で記載する）

申出済の事項に変更や更新がありましたので、下記のとおり改めて申し出ます

申出日	変更内容	変更後の内容	申出者（自署）
	利用希望の更新 住所　・　氏名　・その他		
	利用希望の更新 住所　・　氏名　・その他		
	利用希望の更新 住所　・　氏名　・その他		
（記載例）　R＊.8.1	利用希望の更新 住所　・　氏名　・その他	*利用理由：⑦介護　利用希望月：9～11月*	●● ●●

実施施設処理欄	□ *原本保存：実施施設*　　□ *保存年数：事業年度終了後10年間*