



1 認定種別が第2号・第3号に該当する場合 又は 保護者補助金(預かり保育料分・幼稚園型Ⅱ分)を申請する場合

直近3か月以内の板橋区認可保育施設（認可保育所）。

保育園等への利用申し込み

☐

表面「認定種別第2号・第3号、2歳児の幼稚園型Ⅱ、満3歳児の預かり保育事業」欄でし点を付けた方のみ記入してください。  
保護者の状況が確認できる書類を添付のうえ提出してください。

※保護者の状況が確認できる添付書類（就労証明書）。

提出

保育を必要とする事由に応じて記入してください（保護者の状況が確認できる添付書類が必要です）。

| 保護者の状況                                 |         | 母（又は保護者）の状況                |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 父（又は保護者）の状況                |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|----------------------------------------|---------|----------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|--|-----|--|---|---|--|---|----------------------------|---------------------|------|--|-----|--|---|--|---|-----|-----|
| 当てはまるもの全てに○を付けて、該当する以下の全ての項目に記入してください。 |         | ○                          |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            | ○                   |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 外勤                         | 自営                   | 保護者の状況について詳細を記入してください。<br>就労に該当する場合は、就労証明書に記載されている勤務時間・日数等を記載してください。 |  |     |  |   |   |  |   |                            |                     |      |  |     |  |   |  |   | 不存在 | 求職中 |
|                                        |         |                            |                      | ①を記入                                                                 |  | ①と② |  | ③ | ④ |  | ⑤ | ⑥                          | ⑦                   | ①を記入 |  | ①と② |  | ④ |  | ⑤ |     |     |
| ① 就労                                   | 仕事先の名称  | 〇〇会社                       |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 〇〇銀行                       |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | 勤務先住所   | 板橋区板橋〇-〇-〇                 |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 板橋区板橋〇-〇-〇                 |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | 勤務時間・日数 | 1カ月に 20 日                  |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 1カ月に 20 日                  |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | （正規の時間） | 9 時 00 分 ～ 17 時 00 分       |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 8 時 30 分 ～ 17 時 15 分       |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | 採用年月日   | 2017 年 4 月 1 日             |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 2010 年 4 月 1 日             |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ②                                      | 育児休業中   | 年 月 日 ～ 年 月 日              |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 年 月 日 ～ 年 月 日              |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ③                                      | 出産      | 予定日                        | 年 月 日                |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ④                                      | 傷病      | 傷病名・障害                     | 出産の予定がある場合は記入してください。 |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            | 傷病名・障がい名（ ）         |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | 心身障害    | 手帳                         | 有 級（度） ・ 無           |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            | 手帳 有 級（度） ・ 無       |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        | 看護介護    | 傷病又は障がいがある方の氏名（ ）          |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 傷病又は障がいがある方の氏名（ ）          |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 入院（                        | 年 月 日より）             |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            | 入院（ 年 月 日より）        |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 通院 ・ 施設通所（週 回） ・ 在宅        |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            | 通院 ・ 施設通所（週 回） ・ 在宅 |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ⑤                                      | 就学・技能取得 | 学校名（ ）                     |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 学校名（ ）                     |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 年 月入学 ～ 年 月終了予定            |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 年 月入学 ～ 年 月終了予定            |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 受講日 週 日間 時 分 ～ 時 分         |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 受講日 週 日間 時 分 ～ 時 分         |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
|                                        |         | 就学 ・ 技能取得 ・ 日本語学校 ・ その他（ ） |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | 就学 ・ 技能取得 ・ 日本語学校 ・ その他（ ） |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ⑥                                      | 不存在     | 年 月 日頃から                   |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   | ひとり親または両親不存在の場合は記入してください。  |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |
| ⑦                                      | 求職中     | 別紙「求職活動申告書」を提出してください。      |                      |                                                                      |  |     |  |   |   |  |   |                            |                     |      |  |     |  |   |  |   |     |     |

2 ひとり親世帯等に該当する場合

園児の保護者又は保護者と同一の世帯に属する。提出してください。

欄

世帯の状況

表面「ひとり親世帯等に該当しますか。」欄でし点を付けた方のみ記入してください。  
必要な書類を添付のうえ提出してください。

提出

|                          |                                 |                                          |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 生活保護法第6条第2項に規定する要保護者の方          | 生活保護受給者証明書                               |
| <input type="checkbox"/> | 配偶者のない方で現に児童を扶養している方            | ① 児童扶養手当証書またはマル親医療証の写し                   |
|                          |                                 | ② ①をお持ちでない方は、申請者（保護者）の戸籍謄本               |
|                          |                                 | ③ 離婚後一年以内の場合は離婚日が分かる書類（戸籍謄本、離婚届受理証明書の写し） |
|                          |                                 | ④ 離婚調停中の場合は調停期日通知書の写し                    |
| <input type="checkbox"/> | 身体障害者手帳の交付を受けた方（在宅の方に限ります。）     | 身体障害者手帳の写し                               |
| <input type="checkbox"/> | 療育手帳の交付を受けた方（在宅の方に限ります。）        | 療育手帳の写し                                  |
| <input type="checkbox"/> | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方（在宅の方に限ります。） | 精神障害者保健福祉手帳の写し                           |
| <input type="checkbox"/> | 特別児童扶養手当の支給対象児童の方（在宅の方に限ります。）   | 特別児童扶養手当証書の写し                            |
| <input type="checkbox"/> | 国民年金の障害基礎年金を受給している方（在宅の方に限ります。） | 年金証書の写し                                  |
| <input type="checkbox"/> | 要介護認定を受けている被保険者の方               | 介護保険証の写し                                 |
| <input type="checkbox"/> | その他板橋区長が要保護世帯に準ずる程度に困窮していると認める方 | 個別にご相談ください。                              |