

※対象児童1人につき1部作成（児童の保護者等が記入）してください。

記入例

【表面】

第2号様式-2（第6条関係）
保育料減免に係る児童調書

2020年(令和2年)4月1日時点の年齢を記入してください。

1 対象児童

氏名 (フリガナ) フジサワ サクラ 藤沢 咲良	生年月日 西暦 平成 28年 6月 8日 令和	年齢 3歳
--------------------------------	-------------------------------	----------

利用施設の名称 〇〇〇保育園	利用施設の所在地 藤沢市朝日町〇〇-〇〇	利用施設に支払う金額(月額)
		保育料 45,000円
		給食費・おやつ代等 8,000円
		その他() 円

2 世帯の状況(対象児童の保護者)

	氏名	続柄	生年月日	年齢	同居・別居	職業等/通園・通学先名等
保護者	(フリガナ) フジサワ タロウ 藤沢 太郎	父	S59年 8月 2日	36歳	同・別	会社員
	(フリガナ) フジサワ ハナコ 藤沢 花子	母	H2年 1月 3日	30歳	同・別	会社員

3 保護者の状況(対象児童の保育の必要性)

保育の必要性に該当する事由 ※当てはまる項目に☑	父	母
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない
保育の必要性の認定状況 ※当てはまる項目に☑	<input checked="" type="checkbox"/> 無償化に係る認定(施設等利用給付認定)を受けている (認定期間: 令和2年 4月 1日 ~ 令和5年 3月 31日) <small>※認定期間が不明の場合は、裏面の〈保育の必要性に該当する事由の詳細〉を記入</small>	
	<input type="checkbox"/> 無償化に係る認定(施設等利用給付認定)を受けていない → 裏面の〈保育の必要性に該当する事由の詳細〉を記入	

【裏面】 無償化に係る認定(施設等利用給付認定)を受けていない場合、又は受けているが認定期間が不明の場合は、裏面を必ず記入してください。

〈保育の必要性に該当する事由の詳細〉

	父	母
就 労	就労形態 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()
	就労先 名称 株式会社 〇〇〇〇 住所 〇〇市 〇〇〇 〇丁目〇〇番	〇〇〇〇 会社 〇〇市 〇〇〇 〇-〇〇
	就労開始日 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 内定(年 月 日就職予定) <input type="checkbox"/> 内定(保育施設等の利用が決定した段階)	<input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 内定(年 月 日就職予定) <input type="checkbox"/> 内定(保育施設等の利用が決定した段階)
	就労時間等 1週間あたり 5日 1日あたり実働 8時間 (平日) 8 : 30 ~ 17 : 30 (土曜日) : ~ :	1週間あたり 4日 1日あたり実働 4時間 (平日) 9 : 00 ~ 13 : 00 (土曜日) : ~ :
就 学	就学先 名称 〇〇〇大学 住所 〇〇市 〇〇〇 〇丁目〇〇番	
	在学(予定)期間 2019年 4月 1日 ~ 2023年 3月 31日	年 月 日 ~ 年 月 日
疾 病 障がい	病名・障がい名 手帳の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(身体障害者手帳 3 級)
	状 況 等 <input type="checkbox"/> 入院(予定) : 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 通院 : 月・週 回 ※療養予定期間 : 約 ヶ月間	<input type="checkbox"/> 入院(予定) : 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 通院 : 月・週 回 ※療養予定期間 : 約 ヶ月間
介 護 等	被介護者の状況 <input type="checkbox"/> 疾病(傷病名 :) <input type="checkbox"/> 障がい(障がい名等級 :) <input type="checkbox"/> 介護(要介護度 :)	<input type="checkbox"/> 疾病(傷病名 :) <input type="checkbox"/> 障がい(障がい名等級 :) <input type="checkbox"/> 介護(要介護度 :)