

教育・保育給付認定申請書(兼入所申込書)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

入所を希望されるお子様おひとりにつき1枚提出してください。(ふたりに入所を希望される場合は、2枚ご提出ください。)

代表保護者 住所 行田市 本丸2-5

氏名 行田 一郎

自宅電話 048-556-1111

携帯(父) 080-1111-1111

携帯(母) 080-2222-2221

携帯電話をお持ちの方はご記入ください。

施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定次のおり申請します。

R3.4.1時点の年齢をご記入ください。

|           |                             |  |        |                 |    |      |          |       |          |              |
|-----------|-----------------------------|--|--------|-----------------|----|------|----------|-------|----------|--------------|
| 申請(入所)児童  | ふりがな                        | ぎょうだ はなこ   | 生年月日   | 平成28年11月1日生     | 性別 | 男(女) | 年齢       | 4歳5ヶ月 | 個人番号     | 123456789100 |
|           | 氏名                          | 行田 花子  |        |                 |    |      | R3.4.1時点 |       | 障害者手帳の有無 | 有(無)         |
| 第1希望      |                             | <input type="radio"/> 〇〇保育園                            | (希望理由) | 園の保育方針に感銘を受けたため |    |      |          |       |          |              |
| 第2希望      |                             | <input type="checkbox"/> △保育園                          | (希望理由) | 園の雰囲気が良いため      |    |      |          |       |          |              |
| 第3希望      |                             | <input type="checkbox"/> □保育園                          | (希望理由) | 勤務先から近いため       |    |      |          |       |          |              |
| 第4希望      |                             | <input type="radio"/> 〇〇保育園                            | (希望理由) | 自宅から近いため        |    |      |          |       |          |              |
| 第5希望      |                             |  | (希望理由) |                 |    |      |          |       |          |              |
| 利用を希望する期間 | 令和                          | 3年   | 4月     | 1日              | から | 令和   | 年        | 月     | 日        | まで           |
| 保育の希望の有無  | 有                           | :保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) |        |                 |    |      |          |       |          |              |
|           | 無                           | :幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)                         |        |                 |    |      |          |       |          |              |
| 認定証番号     | ※既に支給認定を受けた場合は、ここに記入してください。 |  |        |                 |    |      |          |       |          |              |

該当する項目に〇をご記入ください。

希望している園のみで入所調整を行います。欄が不足する場合は、裏面に記載してください。

この書類を提出する方に〇をつけてください。

〇申請(入所)児童の世帯の状況(住民票の世帯によらず、同居者は全員記載してください)

| 区分                           | 児童との続柄 | 氏名    | 生年月日                  | 個人番号         | 職業又は学校名等 | 障害の有無 | 提出者 | 備考     |
|------------------------------|--------|-------|-----------------------|--------------|----------|-------|-----|--------|
| 申請(入所)児童の世帯員                 | 父      | 行田 一郎 | S48・1・1               | 123456789101 | 会社員      | 有(無)  |     |        |
|                              | 母      | " 梅子  | S50・2・2               | 123456789102 | パート      | 有(無)  | 〇   |        |
|                              | 祖父     | " 松太郎 | S24・3・3               | 123456789103 | 自営業      | 有(無)  |     |        |
|                              | 祖母     | " 竹子  | S26・4・4               | 123456789104 | 自営業      | 有(無)  |     |        |
|                              | 兄      | " 太郎  | H27・5・5               | 123456789105 | 〇〇保育園    | 有(無)  |     |        |
|                              | 弟      | " 次郎  | H30・6・6               | 123456789106 |          | 有(無)  |     | 保育所申請中 |
| 同居の方全員についてご記入ください。(R3.4.1時点) |        |       |                       |              |          | 有・無   |     |        |
| 生活保護の状況                      |        |       | 適用なし(適用あり(年 月 日保護開始)) |              |          |       |     |        |

〇税情報等の提供に当たっての署名欄

- (一)市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な情報を提供すること(利用者負担選定基準日に市外在住の場合、マイナンバーに基づき決定した利用者負担額について特定教育・保育施設等に関する情報は除く)
- (二)上記提出者に、個人番号の提供に関する権限を委任します(申請者本人の場合は除く)
- (三)支給認定について、申請から30日を越えることに同意します。

署名と押印をお願いします。

世帯情報をご覧になり、その情報に

保護者氏名

行田 一郎

行田

○保育の利用を必要とする理由等((1)にて「保育の希望」欄に有を○を付けた方は記入してください。)

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 続柄       | 必要とする理由  |   |
| 父親の状況    | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職<br>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)  |   |
|          | 勤務先名称  | (株)××会社                                       |
|          | 勤務時間   | 8時 0分から 17時 0分 勤務日数・ 20日/月                    |
|          | 通勤方法   | 自家用車・バス・電車・自転車・徒歩                             |
|          | 片道の通勤時間  | 約 0時間 20分                                     |
| 母親の状況    | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他<br>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) |   |
|          | 勤務先名称  | (有)○○会社                                       |
|          | 勤務時間   | 9時 0分から 15時 0分 勤務日数・ 20日/月                    |
|          | 通勤方法   | 自家用車・バス・電車・自転車                                |
|          | 片道の通勤時間  | 約 0時間 10分                                     |
| 希望する利用時間 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記   | 保育を必要とする曜日にごをつけてください。<br>保育を希望する利用時間をご記入ください。 |
| 希望する利用時間 | <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土   | 平日 8時 30分 ~ 15時 30分<br>土曜 時 分 ~ 時 分           |

保育を必要とする事由及び勤務先や勤務地等をご記入ください。

保育を必要とする曜日にごをつけてください。

保育を希望する利用時間をご記入ください。

※裏面あり

\*市記載欄

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| 認定の可否  | 認定証番号                    | 認定区分等  |
| <input type="checkbox"/> 可(令和 年 月 日 認定)<br><input type="checkbox"/> 否(理由 )   |                          | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ) |
| 支給(入所)の可否  | 支給(利用)期間                 |  |
| <input type="checkbox"/> 可( <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 )<br><input type="checkbox"/> 否(理由 )   | 自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日 |  |
| 入所施設(事業者)名   |                          |  |
| <input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼 ) <input type="checkbox"/> 地( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 )<br><input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 ) |                          |  |
| 備考   |                          |  |

\*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市に提出する場合)

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 受付年月日        | 令和 年 月 日                      |
| 施設(事業者)名     | (事業所番号: )                     |
| 担当者氏名<br>連絡先 | (担当者)<br>(連絡先)                |
| 入所契約(内定)の有無  | 有( 契約・内定 (令和 年 月 日 契約(内定)))・無 |
| 備考           |                               |

裏面も御覧ください

| 支給認定管理 |      |          |      | 申請管理 |      |    |      | 契約管理 |      |
|--------|------|----------|------|------|------|----|------|------|------|
| 支給認定情報 |      | 児童・保護者情報 |      | 希望   |      | 指数 |      | 算定情報 |      |
| 入力     | チェック | 入力       | チェック | 入力   | チェック | 入力 | チェック | 入力   | チェック |

保育所等入所児童家庭・健康状況表

**記入例**

《家庭状況》

|         |                                    |    |                     |            |                   |
|---------|------------------------------------|----|---------------------|------------|-------------------|
| 児童名     | <b>行田 花子</b>                       |    | 平成 28 年 11 月 1 日生まれ |            |                   |
| 現在の保育状況 | ① 自宅で保育：父・ <b>母</b> ・祖父母・友人・その他( ) |    |                     |            |                   |
|         | 2 預けている：祖父母等親族・保育施設等(名称 )・その他      |    |                     |            |                   |
| 祖父母     | 父方                                 | 祖父 | <b>行田 松太郎</b>       | <b>行田市</b> | 同居・別居・不在(※)       |
|         |                                    | 祖母 | <b>行田 竹子</b>        | "          | 同居・別居・不在          |
|         | 母方                                 | 祖父 | <b>本丸 三郎</b>        | 〇〇市        | 同居・ <b>別居</b> ・不在 |
|         |                                    | 祖母 |                     |            | 同居・別居・ <b>不在</b>  |

※ 不在：父母や祖父母が離婚をしている場合や祖父母が死亡している場合に丸をしてください。

《健康状況》 ※保育体制の参考にしますので、記載漏れがあると、保育所等の継続利用が困難になる場合があります。

|   |  |                                    |                |
|---|--|------------------------------------|----------------|
| 児童の健康状態   | <b>良好</b> 病弱・その他( )  | 出生時体重                              | <b>3.000</b> g |
| 現在の身長・体重  | <b>90</b> cm   | <b>13</b> kg                       |                |
| 身体発達状況  | <b>ふつう</b> ・ ややおそい ・ おそい   |                                    |                |
|   | 首すわり <b>4</b> か月 ・ 始歩 <b>1</b> 歳 <b>0</b> か月   |                                    |                |
|   | 状況   | <b>特に問題はありません。</b>                 |                |
| 言語発達状況  | 喃語(例：あー、うー) ・ 単語(例：ワンワン)<br>二語文(例：ワンワンきた) ・ <b>会話が出来る</b>  |                                    |                |
| 排せつ   | <b>ひとりで可</b> ・ 介助が必要 ・ オムツ使用(紙・布)  |                                    |                |
| 乳幼児健診   | 4か月  | 未受診 ・ <b>問題なし</b> ・ 指導あり<br>(指導内容) |                |
|   | 1歳<br>6か月  | 未受診 ・ <b>問題なし</b> ・ 指導あり<br>(指導内容) |                |
|   | 3歳   | 未受診 ・ <b>問題なし</b> ・ 指導あり<br>(指導内容) |                |
| 現在定期的に通院している所はありますか？ <b>なし</b> ・ ある (ある場合は下記に記入)<br>(病名・病院名)      |  |                                    |                |
| 予防接種<br>(接種済みに○を付けてください。また、複数回接種するものは接種した回数をカッコ内の数字に○を付けてください。)   | <b>ヒブ</b> (1・2・3・ <b>4</b> ) ・ <b>肺炎球菌</b> (1・2・3・ <b>4</b> ) ・ <b>四種混合</b> (1・2・3・ <b>4</b> )<br><b>BCG</b> ・ <b>麻疹・風しん</b> (1・2) ・ <b>水ぼうそう</b> (1・2)<br><b>日本脳炎</b> (1・ <b>2</b> ・3) ・ <b>B型肝炎</b> (1・2・ <b>3</b> ) ・ <b>おたふくかぜ</b><br>その他( ) |                                    |                |
| 身障者手帳・療育手帳等の有無  | <b>なし</b> ・ あり (種類)  |                                    |                |
| 食物アレルギー   | <b>なし</b> ・ <b>あり</b> (種類 <b>卵</b> ) →生活管理指導表をご提出ください。   |                                    |                |
| 既往歴<br>(該当するものがありましたら○を付けてください)                                   | ポリオ ・ 水ぼうそう ・ 風しん ・ 麻疹 ・ 突発性発疹症<br>おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ <b>湿疹</b> ・ 便秘 ・ 胃腸炎 ・ 肺炎<br><b>中耳炎</b> ・ 結膜炎 ・ ひきつけ<br>その他( )   |                                    |                |
| その他、集団生活において心配なことはありますか？<br><b>卵アレルギーがあるため、卵を除去した給食をだしてもらいたい。</b> |  |                                    |                |

食物アレルギーがある場合は、生活管理指導表を提出してください。

お子様がこれまでにかかったことのある病気に○をつけてください。

- 保育所等入所にあたり、児童の世帯員の住民基本台帳及び児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当添付書類ならびに課税台帳を確認することに同意します。
- 本状況表を通所保育所等へ提供することに同意します。
- 児童の健康状況によっては医師の診断書を求めることがあります。提出について同意し

年 月 日

保護者名 行田 一郎

**行田**

印