

記入例

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。(ふたりで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) 080-1111-1110
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の次のとおり申請します。

R6.4.1時点の年齢をご記入ください。

Table with columns for application type, name, birth date, sex, age, and personal number. Includes handwritten notes about age and facility preferences.

該当する項目に○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○をつけて

Table for household members including parents, grandparents, siblings, and other household members with columns for name, birth date, personal number, occupation, and disability status.

同居の方全員についてご記入ください。(R6.4.1時点)

○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教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること(利用者負担算定基準日に市...の必要な税額を確認します)及びその情報に基づき決定した利用者負担額について特...示することに同意します。
(二)上記提出者に、個人番号の提供に関する権限を委...除く。
(三)教育・保育給付認定について、申請から30日を越...
(四)教育・保育給付認定申請書及び添付書類の内容について、利用を希望...特定教育・保育施設等へ提供することに同意します。
署名をお願いします。
保護者氏名 行田 一郎

○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○を付けて入力してください)

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 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 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)〇〇会社 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・徒歩 片道の通勤時間 約 0時間 10分	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	保育を必要とする曜日に○をつけてください。	利用時間
	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土	【 保育標準時間 (保育短時間) 】 希望する時間に○をつけてください。 保育を必要とする事由や就労時間等に基づき認定します。
		平日 9時 0分 ~ 15時 30分 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○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。

\*市記載欄

<input type="checkbox"/> 可 (令和 年 月 日 認定) <input type="checkbox"/> 否 (理由 )	認定証番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 )
支給(入所)の可否 <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 ) <input type="checkbox"/> 否 (理由 )		支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 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 ) <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		

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

《家庭状況》

児童名	行田 花子		令和 2 年 11 月 1 日生まれ		
現在の保育状況	① 自宅で保育：父・母・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	行田 松太郎	行田市	同居・別居・不在
		祖母	行田 竹子	"	同居・別居・不在
	母方	祖父	本丸 三郎	〇〇市	同居・別居・不在
		祖母			同居・別居・不在

※ 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付けてください。

《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	良好 病弱・その他( )	出生時体重	3.000 g
現在の身長・体重	90 cm ・ 13 kg		
身体発達状況	ふつう ・ ややおそい ・ おそい		
	首すわり 未 ・ 4 か月 ・ 始歩 1 歳 0 か月		
言語発達状況	喃語(例：あー、うー) ・ 単語(例：ワンワン) 二語文(例：ワンワンきた) ・ 会話ができる		
排せつ	ひとりでき ・ 介助が必要 ・ オムツ使用(紙・布)		
乳幼児健診	4か月	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり (指導内容)	
	1歳6か月	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり (指導内容)	
	3歳	未受診 ・ 問題なし ・ 指導あり (指導内容)	
		(指導内容)	
定期的な通院	なし ・ あり (ある場合は下記に記入) 病名： 医療機関名： 医師からの指示事項など：		
予防接種 (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。)	ヒブ(1・2・3・4) ・ 肺炎球菌(1・2・3・4) ・ 四種混合(1・2・3・4) BCG ・ 麻しん・風しん(1・2) ・ 水ぼうそう(1・2) 日本脳炎(1・2・3) ・ B型肝炎(1・2・3) ・ おたふくかぜ その他( )		
障害者手帳の有無	なし あり (種類)		
食物アレルギー	なし ・ あり (種類) 卵 →生活管理指導表及びアレルギー検査結果表をご提出ください。		
既往歴 (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 ・ 麻しん ・ 突発性発疹症 ・ おたふくかぜ 百日咳 ・ 湿疹 ・ 便秘 ・ 胃腸炎 ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 結膜炎 ひきつけ ・ けいれん ( 熱 °C のとき ・ 無熱性 ) 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？	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。		

○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場合がありますが、提出について同意します。