

教育・保育給付認定申請書

令和 ●年 ●月 ●日

保護者氏名 松山 太郎

東松山市長 宛て

次のとおり、教育・保育給付認定の申請をします。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	まつやま いちろう 松山 一郎	令和 ●年 ●月 ●日生	男	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者住所・連絡先	(住所) 〒355-8601 東松山市松葉町1-1-58			
	(連絡先) 090-○○○○-××××			
認定者番号	(既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。)			
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 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(入所)希望日	令和 ●年 ●月 ●日から希望			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所機能部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ。)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚園部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①及び②に、「無」を○で囲んだ場合は①に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	個人番号
児童の世帯員	まつやま いちろう 松山 一郎	本人	●年●月●日生	男		□□□□□□□□□□
	まつやま たろう 松山 太郎	父	●年●月●日生	男		○○○○○○○○○○○○
	まつやま はなこ 松山 花子	母	●年●月●日生	女		△△△△△△△△△△
				年 月 日生		
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日保護開始)				

※提出の際は、世帯全員分の「個人番号通知カード」(令和2年5月25日以降に氏名や住所変更を行った場合は無効。 ) 及び保護者の「身分証明書 (顔写真つきのものなら1枚、顔写真なしのものなら2枚)」が必要となります。

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。\*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

②保育の利用を必要とする理由等

※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に記入してください。

※（ ）内には、「記入上の注意」に記載されている、保育の認定基準で当てはまるものの番号を1つだけ記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	( ① ) 労働 （具体的な状況（勤務先、疾病の状況など））	週5日一般事務の仕事をしている
母		( ① ) 労働 （具体的な状況（勤務先、疾病の状況など））	
希望保育時間	<input checked="" type="radio"/> 1 保育標準時間（1日最大11時間） ・ <input type="radio"/> 2 保育短時間（1日最大8時間）		

③申請に当たって同意していただく事項

- 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、市が行う教育・保育給付認定に必要な申請者又は同居親族の市町村民税の情報及び世帯情報の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 子ども・子育て支援法施行規則第7条第1項の規定に基づき、上記の情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して通知します。

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由)	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
備考		

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	
備考	

## 保育施設利用申込書

東松山市長 宛て

令和●年●月●日

保護者住所 東松山市松葉町1-1-58

保護者氏名 松山 太郎

下記のとおり、保育施設の利用を希望します。

児童の 情報	氏名	生年月日	性別
	松山 一郎	令和●年●月●日	男
入所希望日	令和●年●月入所希望		

希望保育施設名

第1希望	まつやま保育園	第16希望	
第2希望	わかまつ保育園	第17希望	
第3希望	たかさか保育園	第18希望	
第4希望	からこ保育園	第19希望	
第5希望	●●保育園（▲▲市）	第20希望	
第6希望		第21希望	
第7希望		第22希望	
第8希望		第23希望	
第9希望		第24希望	
第10希望		第25希望	
第11希望		第26希望	
第12希望		第27希望	
第13希望		第28希望	
第14希望		第29希望	
第15希望		第30希望	

- 注意事項
- 希望の高い順に利用調整（選考）を行いますので、必ず希望の高い順に記載してください。
  - 上記に記載をした保育施設のみの利用調整（選考）となります。上記に記載のない保育施設に空きが生じても、利用調整の対象となりません。

# 保 育 児 童 台 帳

R5

※第          号

保護者住所 東松山市松葉町1-1-58							
保護者氏名 松山 太郎				入所保育施設名			
	氏 名	入園児童との続柄	年 齢	性 別	障害者手帳の有無	勤務先・通園施設等	
入所児童の家庭の状況	入所児童	まつやま いちろう 松山 一郎	本人	( ●才) 令和 ●年 ●月 ●日生	男・女	有・無	/ / / / / / / /
	入所児童の世帯員	まつやま たろう 松山 太郎	父	●才	男・女	有・無	△△商事
		まつやま はなこ 松山 花子	母	●才	男・女	有・無	〇〇会社
				才	男・女	有・無	
				才	男・女	有・無	
				才	男・女	有・無	
				才	男・女	有・無	
電話番号	①	090-〇〇〇〇-××××		父携帯・母携帯・自宅・その他( )			
	②	080-△△△△-□□□□		父携帯・母携帯・自宅・その他( )			
	③	0493-☆☆-〇〇〇〇		父携帯・母携帯・自宅・その他( )			
	④	0493-××-△△△△		父携帯・母携帯・自宅・その他( 父職場 )			
	⑤	0493-□□-☆☆☆☆		父携帯・母携帯・自宅・その他( 母職場 )			

- ◎年齢は令和5年4月1日時点の年齢を記入してください。
- ◎世帯が別であっても同居の方がいる場合は、「入所児童の世帯員」欄に名前を記入してください。
- ◎障害者手帳とは、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を指します。

以下は記入する必要ありません。

入所申込みの承諾	施設利用の可否	施設の利用期間		保育の必要性の基準の番号	
	可否 (理由)	自	年	月	日
	年 月 日承諾	至	年	月	日
		施設利用終了年月日		終了の理由	
		年	月	日	

### 利用者負担区分の認定経過

課税状況	均等割額				
	所得割額				
認定	年 月 日 印	年 月 日 印	年 月 日 印	年 月 日 印	
生活保護法適用の有無	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	
区分	A B C D 全・半・無	A B C D 全・半・無	A B C D 全・半・無	A B C D 全・半・無	
利用者負担額					

※裏面も御確認ください

入所に関する確認事項

児童氏名	松山 一郎
------	-------

【1】復職（育児休業明け）予定でお申込みの方

・入所決定の場合 ※確認の上、○を付けてください。

父	母	
	<input checked="" type="radio"/>	入所月の翌月15日までに、必ず現在の職場に、復職します。

※育児休業復帰を条件での入所であったにも関わらず、上記項目が満たされていない場合は、入所を取消、又は退所していただく場合があります。

【2】就労開始予定（内定）でお申込みの方

・入所決定の場合 ※確認の上、○を付けてください。

父	母	
	<input checked="" type="radio"/>	・就労証明書の通りに必ず就労開始します。

※就労開始予定（内定）での入所であったにも関わらず、上記項目が満たされていない場合は、入所を取消、または退園していただく場合があります。

【3】求職活動でお申込みの方

・入所決定の場合 ※確認の上、○を付けてください。

父	母	
	<input checked="" type="radio"/>	・入所月から3か月以内に必ず就労開始します。

※上記項目が満たされていない場合は、入所を取消、または退園していただく場合があります。

◎育児休業の延長（保留通知）を希望している方へ

※確認の上、○を付けてください。

父	母	
	<input checked="" type="radio"/>	・育児休業の延長のため、保留通知を希望します（「-30点」の減点となります。）。

※「-30点」の減点となった場合でも、入所を希望した保育施設に空きがある場合は入所となります（年度途中も含む）。  
この場合、保留通知は発行されません。

※育児休業の延長を希望しなくなった場合は、教育・保育給付認定の変更申請書の提出が必要となります。

身分証明書を御持参の上、各月の申請の締切日までに保育課窓口まで御来庁ください。

## 家庭状況届 (兼調査票)

児童氏名

松山 一郎

## 保護者の状況

	父の状況 <input type="checkbox"/> 不存在	母の状況 <input type="checkbox"/> 不存在
不存在理由 (父母が不存在の場合は該当するものに○をしてください。)	離婚・死別・別居・未婚 単身赴任・その他( ) (事由発生日 年 月 日)	離婚・死別・別居・未婚 単身赴任・その他( ) (事由発生日 年 月 日)
該当する項目に○をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. その他( )
仕事先の名称 (予定の場合も記入)	東松山〇〇会社 電話 ××-△△△△ 内線	〇〇会社□□営業所 電話 ××-△△△△ 内線
仕事先の所在地	住所 東松山市〇〇町〇〇番地〇〇 通勤手段 自家用車 通勤時間 15分	住所 東松山市△△町〇〇番地〇〇 通勤手段 自転車 通勤時間 10分
仕事の内容	一般事務	販売員
勤務時間・日数	8時30分～17時30分 週 5日	8時30分～17時00分 週 4日
就労(予定)年月日	年 月 日 から	年 月 日 から
疾病	病名 _____ 入院 年 月 日から 通院 週・月 回	病名 _____ 入院 年 月 日から 通院 週・月 回
障害	障害名 _____ ( 級) ( ①・A・B・C )	障害名 _____ ( 級) ( ①・A・B・C )
看護・介護	病人名 _____ 続柄 _____ 病名等 _____ 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他( )	病人名 _____ 続柄 _____ 病名等 _____ 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他( )
求職中	求職方法 _____ 希望職種等 _____	求職方法 _____ 希望職種等 _____
妊娠・出産	出産予定日 年 月 日 (母子手帳の写しを添付)	
産前・産後休業 育児休業	産前・産後休業 無・有 年 月 日から 年 月 日まで 育児休業 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日 まで	

## 祖父母の状況

父 方		母 方	
祖父	氏名 松山 松輔 生年月日 ●年 ●月 ●日 ( ●才) 住所 東松山市材木町XX-X 職業 無職 ・不存在	祖父	氏名 高坂 高次 生年月日 ●年 ●月 ●日 ( ●才) 住所 川越市元町XX 職業 自営業 ・不存在
祖母	氏名 松山 松江 生年月日 ●年 ●月 ●日 ( ●才) 住所 同上 職業 パート ・不存在	祖母	氏名 高坂 高美 生年月日 ●年 ●月 ●日 ( ●才) 住所 同上 職業 自営手伝い ・不存在

◎祖父母の年齢は令和5年4月1日時点の年齢を記入して下さい。

裏面に続く

児童の状況

保育状況 (該当する番号等に○を付け、必要事項を記入してください。) 施設名 _____ 電話 _____	① 自宅で保育している。(週 7 日) (母)・父・祖父母・友人・その他 ( )
	② 預けている。(週 日) 年 月 日 より 祖父母・親類・友人・同伴就労・その他 ( ) 保育施設等 (認可保育施設・認可外保育施設(企業主導型、職場の保育室、家庭保育室等) ・幼稚園・一時預かり)
児童の健康状態 (無・有のいずれかに○を付け、有の場合は詳細を記入してください。) 証書番号( ) 受給開始時期( 年 月 から)	1 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか? (無)・有 病院及び施設の名称 _____ 病名等( )
	2 「身体障害者手帳」又は「療育手帳」をお持ちですか? (無)・有 身体障害者手帳 ( 級) 療育手帳 (A・A・B・C) 特別児童扶養手当を受けている場合、証書番号と受給開始時期を御記入ください。
	3 アトピーやアレルギー等がありますか? (無)・有 ( ) 症状・除去食等( )

2人以上の児童の入所を希望される方への確認事項(既に兄・姉等が入所中の場合も該当します。)

※希望する項目に、希望する順に数字を振ってください(複数可)。希望しない場合は空欄としてください。

希望順位	
1	①同時に同じ保育施設のみ通園する。(兄・姉等が入所中の場合は、同じ保育施設のみ通園する。)
2	②同時であれば、別々の保育施設でも通園する。(兄・姉等が入所中の場合は、別々の保育施設でも通園する。)
3	③ひとりだけ入所できた場合でも通園する。 (入所できなかった場合の児童の状況 預け先等 _____ 認可外保育施設 _____ )

その他の確認事項 ※該当するものに○を付けてください。

令和4年1月1日時点の住所	(現住所と同じ)それ以外( )
令和5年1月1日時点の住所	(現住所と同じ)それ以外( )
保育施設への送迎手段	(車)自転車・徒歩・その他( )

特記事項 入書申込みにあたり、家庭や児童の状況について特記事項がありましたら御記入ください。

--

<p style="text-align: center;">誓約書</p> <p>保育施設に入書中は、保育施設の規定を守り、利用者負担金は責任を持って期日までに納付することを誓います。</p> <p style="text-align: center;">令和 ● 年 ● 月 ● 日</p> <p>保護者署名 松山 太郎 (※)</p> <p>保護者署名 松山 花子 (※)</p>	<p style="text-align: center;">保証人</p> <p>入所児童の利用者負担金について、保護者が完納することを保証いたします。万一滞納した場合は、私が責任をもって納入いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 ● 年 ● 月 ● 日</p> <p style="text-align: center;">〒 355-0016</p> <p>保証人 住所 東松山市材木町XX-X</p> <p>氏名 松山 松輔 (※)</p> <p>電話番号 0493 ( 〇〇 ) ××××</p>
---	--

(※)署名又は記名押印してください(氏名が自署の場合は押印不要。)

児童の健康に関する質問票

記入日：令和●年●月●日

ふりがな	まつやま いちろう		性別	生年月日		令和4年4月1日 時点での年齢 ( 0 歳)	
児童氏名	松山 一郎		<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	令和●年●月●日生			
生育歴(出生期)  (乳児期)	分娩時の状態	分娩週数	<input type="radio"/> 週	<input checked="" type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常( )		
		体重	<input type="radio"/> g		身長 <input type="radio"/> cm		
	授乳ほか	<input checked="" type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工	<input type="checkbox"/> 混合			
	※保育園に入園後は、粉ミルクが基本になりますので入園前に慣れさせておいてください。						
	発達状態	離乳食開始	か月	離乳食完了	か月		
		首のすわり	<input type="radio"/> か月	寝返り	<input type="radio"/> か月	おすわり	<input type="radio"/> か月
		ハイハイ	<input type="radio"/> か月	つかまり立ち	<input type="radio"/> か月	歩き始め	<input type="radio"/> か月
		歯の生え始め	<input type="radio"/> か月	言葉の言い始め	<input type="radio"/> か月		
健康状態 体質・気質等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input checked="" type="checkbox"/> 発熱を伴うけいれんをおこしたことがある <input type="checkbox"/> 熱のないけいれんをおこしたことがある (発症年齢: 1歳 1か月/回数: 2回) (発症年齢: 歳 か月/回数: ) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 湿疹・じんま疹が出やすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 人・場所見知りが激しい <input type="checkbox"/> 急に怒りだすことが多い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input checked="" type="checkbox"/> 音や光に敏感である <input type="checkbox"/> 脱臼したことがある(部位: ) <input checked="" type="checkbox"/> その他持病、病歴、入院歴等(花粉症、ぜんそく、アナフィラキシーショックによる入院歴有) )						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 離乳食 未開始 【アレルギー用調整粉乳: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(品名: )】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり【原因食物: <u>鶏卵</u> ・牛乳・乳製品・小麦・そば・落花生・えび・かに・その他( )】 【発症年齢: 1歳 3か月】 【発症時の状況(何をどのくらい食べて、どういう対処をしたのか等)】 [ 卵焼きを食べた直後、体全身に発疹が出たあと、呼吸困難となり、救急車を要請。そのまま入院となった。 ] 【症 状】 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状(じんま疹・かゆみ・唇の腫れ など) <input type="checkbox"/> 消化器症状(口の中のかゆみ・吐気・嘔吐・腹痛・下痢 など) <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・くしゃみ・鼻づまり・鼻水・のどのかゆみ・声がれ・喘鳴・呼吸困難 など) <input type="checkbox"/> 循環器症状(脈が速い・脈が不規則・顔面蒼白 など) <input type="checkbox"/> 神経症状(元気がない・不安・恐怖感・ぐったり・意識がもうろうとする など) 【現在の状況(除去の程度や治療の経過等)】 [ 医師の診断書に基づき、現在鶏卵を用いた食事を完全に除去している。 ] 【給食・離乳食: <input type="checkbox"/> 通常どおり <input checked="" type="checkbox"/> 除去が必要(鶏卵) )】 【食物・食材を扱う活動: <input type="checkbox"/> 通常どおり <input checked="" type="checkbox"/> 配慮が必要(卵殻を扱う活動は不可) )】 アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり【発症年齢: 1歳 3か月/対処法: 上記のとおり )】 エピペンの処方 処方薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり【薬名: ザジデンドライシロップ )】						
健診受診状況	*受診した健診に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 乳児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input checked="" type="checkbox"/> 2歳児歯科健診 <input checked="" type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他( ) *健診受診時の指導 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) *事後フォロー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )						
保育園に伝えておきたいこと	言葉の遅れがあり、○○○教室と○○○クリニックに定期的に通っている。						

※面接者記入欄	担当
	面接日: 月 日



以下の1から17までの内容を確認し、署名欄に保護者の署名をお願いいたします。

- 1 入所の決定は申込順ではありません。また、保育の必要性が高い順に決定するため、保育施設の定員や申込みをされる方の人数や状況により、希望する保育施設に御案内できない場合や、いずれの保育施設にも入所できない場合があります。仕事をしていれば必ず入所できるというわけではありません。
- 2 保育課の職員が電話等で御家庭や仕事の状況、お子さんの健康状態等を確認・照会することがあります。電話番号については、申請の内容がわかる方と連絡のつく番号を記入してください。
- 3 希望保育施設については、入所が決まった場合、長く通うことになる施設です。通所可能な保育施設をよく考えて記入してください。
- 4 希望する保育施設名に記載のない保育施設については、**通所する意志がないものとみなします。**  
**他に空きがあった場合でも、記入された保育施設以外の御案内はいたしません。**
- 5 「児童の健康に関する質問票」は、入所申請後、事前面談をする際に使用します。また、入所決定後、入所が決まった保育施設にお渡しします。記入漏れのないようお願いいたします。
- 6 希望施設を変更する場合は、再度「保育施設利用申込書」を提出してください。  
(書類の提出後に希望施設の変更となります。)
- 7 入所が決まった場合には「施設利用契約決定通知書」を、入所が保留となった場合には「施設利用保留通知書」を郵送いたします。
- 8 入所が保留となった場合には、申請児童名簿に掲載し、欠員が出た段階で保育の必要性が高い児童から入所を決定いたします。
- 9 転所決定した場合は、現在通所中の保育施設に結果を伝える場合があります。
- 10 保育施設利用申込書は一度提出すれば、当該年度内は有効となります。  
(毎月提出する必要はありません(市内の保育施設に限ります。))
- 11 「施設利用保留通知書」は入所申請後、利用調整(選考)結果として郵送いたします。**(毎月郵送されるものではありません。)**
- 12 申込内容に不正(虚偽)があった場合、入所の決定を取り消すことがあります。
- 13 新規入所時には必ず「慣らし保育」があり、期間中は短時間の保育となります。  
(期間については、お子さんの状態により異なりますが、概ね1週間から2週間程度となります。)
- 14 書類の提出後、記載事項に変更(転居・転職・家庭状況等(離婚、再婚、祖父母との同居や別居等))があった場合は、速やかに市役所保育課まで申し出てください。
- 15 お子さんが教育・保育給付認定を既に受けていたり、他の年度分の入所申込みをしていたりする場合、令和5年度入所申込書類において保護者の保育を必要とする状況等に変更が確認できた際には、当該変更内容を教育・保育給付認定や他年度分の利用調整に反映することがあります。
- 16 小規模保育事業所を卒園する児童は、「保育施設利用申込書」に連携施設を記入しない場合、連携施設への入所を希望しないものとみなします。
- 17 現在保育施設に入所をしている児童の継続状況によって、年齢ごとの定員に空きが生じない場合があります。

受付番号 \_\_\_\_\_

この書類は保育施設利用申込書を提出した控えとなりますので、「施設利用契約決定通知書」又は「施設利用保留通知書」が送付されるまで保管してください。

(市役所控) R5

受付番号 \_\_\_\_\_

保育施設入所申込に関して、確認事項1から17の内容を確認し了承しました。

令和●年 ●月 ●日

保護者名 松山 太郎 (※)

保護者名 松山 花子 (※)

(※)署名又は記名押印してください(氏名が自署の場合は押印不要。)