

教育・保育給付認定申請書

令和2年 10月 19日

保護者氏名 松山 太郎 印

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2年 4月 3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) 090-0000-xxxx			
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	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①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び③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	令和2年4月3日生	男		□□□□□□□□□□
	まつやま たろう 松山 太郎	父	昭和59年7月7日生	男		○○○○○○○○○○○○
	まつやま はなこ 松山 花子	母	昭和61年10月10日生	女		△△△△△△△△△△
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
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:更を行った場合は無効。)」及び保護者の「**身:証明書**(顔写真つきのものなら1枚、**顔写真:しのものなら2枚)**」が必要になります。

- 「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。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	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	
		(①) 労働 （具体的な状況（勤務先、疾病の状況など）） 週4日販売員の仕事をしている	
希望保育時間	1 <input checked="" type="radio"/> 保育標準時間（1日最大11時間） ・ 2 <input type="radio"/> 保育短時間（1日最大8時間）		

③税情報等の提供に当たっての署名欄

市が行う教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 松山 太郎 印

*市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<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		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		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)を經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2 年 10月 24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2 年 4 月 3 日	男
入所希望日	令和 3 年 4 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		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

※第 号

保護者住所							
保護者氏名				入所保育施設名			
	ふ り が な 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 令和2年4月3日生	(才) 男・女	有・無		
	入所児童の 世帯員	まつやま たろう 松山 太郎	父	31才	男・女	有・無	△△商事
		まつやま はなこ 松山 花子	母	29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3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		両親等：()、()
	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	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	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	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、また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"/>	・在職(内定)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。
印鑑と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)	△△商事 電話 □□-☆☆☆☆ 内線	〇〇会社□□営業所 電話 ××-△△△△ 内線
仕事先の所在地	住所 東松山市大字高坂1122 通勤手段 自家用車 通勤時間 15分	住所 東松山市若松町1-18-1 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00分～17時00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) (Ⓐ・Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ)	障害名 _____ (級) (Ⓐ・Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ)
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"/> 有 令和2年3月3日から 令和3年4月2日	

祖父母の状況

父 方		母 方	
祖父	氏名 松山 松輔 生年月日 S21年 5月 5日 (70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 S24年 6月 6日 (67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 S22年 8月 8日 (69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 S25年 9月 9日 (66才) 住所 同上 職業 自営手伝い ・不存在

◎祖父母の年齢は令和3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。)	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・幼稚園・一時預かり)) 施設名 _____ 電話 _____
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。)	1 発達や慢性的な病気のことと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(みどりの手帳)」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 証書番号() 受給開始時期(年 月 から)
	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☑を付けてください。

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2年1月1日現在の住所	(現住所と同)・それ以外()
令和3年1月1日時点の住所	(現住所と同)・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。

--

誓約書 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。 令和 2 年 10 月 24 日 保護者署名 松山 太郎 印 保護者署名 松山 花子 印	保証人 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。 令和2年 10月 23日 〒 355-0016 保証人 住 所 東松山市材木町XX-X 氏 名 松山 松輔 印 電話番号 0493 (〇〇) × × × ×
--	--

◎保証人は原則として東松山市内又は東松山市近隣に在住するものであること。保証人本人が署名・押印すること。

児童の健康に関する質問票

記入日：令和2年10月24日

ふりがな	まつやま たろう		性別	生年月日		令和3年4月1日 時点での年齢 (0 歳)
児童氏名	松山 太郎		男・女	令和 2 年 4 月 3 日生		
生育歴 (出生期)	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()	
(乳児期)	授乳ほか	体重	<input type="radio"/> g	身長	C cm	
		<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
		ハイハイ	<input type="radio"/> か月	つかまり立ち	<input type="radio"/> か月	歩き始め
		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・場所見知りが多い <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：鶏卵・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】					
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、〇〇〇教室と〇〇〇クリニックに定期的に通っている。					

※面接者記入欄	面接日： 月 日	担 当

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「ならし保育」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3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) R3

※ 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2年 10月 24日

保護者署名 松山 太郎 印

保護者署名 松山 花子 印

※ 受付番号は市役所の記入欄となりますので、何も記入しないでください。

(保護者記入欄)

父・母・祖父・祖母 (この証明の該当者に○をしてください。) 通勤時間 _____ 分 短時間勤務 有・無

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 在所中 在所保育施設名 _____ ※在
- 申請中 ()年()月入所希望で申請

記入例

在職 (内定) 証明書

東松山市長

宛て

・証明者が証明した日付をご記入ください。
 ・在職(内定)証明書の有効期限は、この証明日から3か月です。

雇用契約を結んでいる事業所名をご記入ください。実際の勤務地が支社や派遣先等の場合は4~6に実際の勤務地をご記入ください。

証明日 ○× 年 10 月 1 日

事業所名 東松山△△会社

代表者名 保育 太郎 ㊟

所在地 東松山市〇〇町〇〇番地〇〇

電話番号 〇〇〇〇-××-△△△△

記入者名 保育 次郎

会社の代表社印もしくは社印を押印してください。

※㊟は代表者印(会社の実印)もしくは社印で必ず押印してください。

次のとおり **勤務**・採用決定 (内定) (どちらかに○)していることを証明する。

No.	項目	記入欄																									
就労者に関する事項																											
1	ふりがな	まつやま ほなこ																									
1	就労者氏名	松山 花子																									
2	就労者住所	東松山市〇〇町〇〇番地																									
就労状態等に関する事項																											
3	雇用(予定)期間	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 ○× 年 4 月 1 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日																									
4	勤務先事業所名 (実際の勤務地・派遣先等)	〇〇会社																									
5	勤務先住所 (実際の勤務地・派遣先等)	〇〇県〇〇市△△町△△番地 <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任																									
6	勤務先電話番号 (実際の勤務地・派遣先等)	△△△-〇〇〇-××××																									
7	雇用の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 ・ <input type="checkbox"/> パート・アルバイト ・ <input type="checkbox"/> 派遣社員 ・ <input type="checkbox"/> 非常勤、臨時職員 ・ <input type="checkbox"/> 自営業 ・ <input type="checkbox"/> その他()																									
8		<input checked="" type="checkbox"/> 事務 ・ <input type="checkbox"/> サービス ・ <input type="checkbox"/> 専門技術 ・ <input type="checkbox"/> 営業 ・ <input type="checkbox"/> 労務 ・ <input type="checkbox"/> 保育 ・ <input type="checkbox"/> その他()																									
9	勤務時間 (契約に基づく時間)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 定休()曜日・不定休(月平均 _____ 日間休み) ← 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分 1日の就労時間数 7 時間 45 分 土曜 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 1週間の就労時間数 38 時間 45 分 日曜祝祭日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 休憩時間を除いた時間数で記入してください。																									
10	3か月以上の就労実績がない場合は、実績がある月について記入した上で、今後の就労見込みを記入してください。採用決定(内定)、自営を始めたばかりなど、実績が書けない場合は記入せずに提出してください。産前・産後休業、育児休業中の場合は、休業に入る前月までの勤務状況を記入してください。	<table border="1"> <tr> <td>○× 年 9 月</td> <td>勤務日数 (有給含む)</td> <td>23 日</td> <td>総支給額 (賞与・交通費含む)</td> <td>〇〇〇〇〇 円</td> </tr> <tr> <td>○× 年 10 月</td> <td>勤務日数 (有給含む)</td> <td>23 日</td> <td>総支給額 (賞与・交通費含む)</td> <td>△△△△△ 円</td> </tr> <tr> <td>○× 年 11 月</td> <td>勤務日数 (有給含む)</td> <td>19 日</td> <td>総支給額 (賞与・交通費含む)</td> <td>□□□□□ 円</td> </tr> <tr> <td>○× 年 12 月 10 日</td> <td colspan="2">~</td> <td>○× 年 3 月 2 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○× 年 3 月 3 日</td> <td colspan="2">~</td> <td>○× 年 4 月 2 日</td> <td></td> </tr> </table> 時間数については必ず御記入をお願いします。(休み時間を除く) ※1か月を4週間とみなし、計算してください。	○× 年 9 月	勤務日数 (有給含む)	23 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	〇〇〇〇〇 円	○× 年 10 月	勤務日数 (有給含む)	23 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	△△△△△ 円	○× 年 11 月	勤務日数 (有給含む)	19 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	□□□□□ 円	○× 年 12 月 10 日	~		○× 年 3 月 2 日		○× 年 3 月 3 日	~		○× 年 4 月 2 日	
○× 年 9 月	勤務日数 (有給含む)	23 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	〇〇〇〇〇 円																							
○× 年 10 月	勤務日数 (有給含む)	23 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	△△△△△ 円																							
○× 年 11 月	勤務日数 (有給含む)	19 日	総支給額 (賞与・交通費含む)	□□□□□ 円																							
○× 年 12 月 10 日	~		○× 年 3 月 2 日																								
○× 年 3 月 3 日	~		○× 年 4 月 2 日																								
12	育児休業の取得 (予定期間) ※育児休業等に関する法律による育児休業	延長可能時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 入所でき次第、入所月の翌月15日までに復職させることを了承します。																									
その他																											
13	備考欄	保育所等の定員超過などの理由により、保育所等の利用が困難な際に育児休業を延長することが出来る場合には、最大の育児休業延長可能年月日を記入してください。 ・育児短時間勤務制度等取得する予定がある場合はこの欄に記入してください。																									

注意事項

- 勤務先の印がないものは無効です。
- この在職(内定)証明書を家庭で保育が出来ないことを証明する書類として提出する場合の有効期限は、証明日から3か月以内です。
- 必ず勤務先で証明してもらってください。保護者が記入した場合は無効となります。
- 自営の場合は、自営業主が証明してください。
- この在職(内定)証明書は、施設(事業所)の利用に際し、保育が必要であることを確認するためのものです。
- 証明内容に不正(虚偽)が認められた場合、入所決定を取り消す場合があります。
- 訂正する場合は、二重線を引き、勤務先の印にて訂正をお願いいたします。
- 記載内容について、担当課から記入者に確認・問合せをさせていただく場合があります。

(保護者記入欄)	
<input checked="" type="checkbox"/> 父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）	
児童氏名	松山 一郎
生年月日	令和2 年 4 月 3 日
<input type="checkbox"/> 在所中	在所保育施設名 _____
<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	(令和3)年(4)月入所希望で申請
※在所中か申請中のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	

※以下は医師に記入してもらってください。

診 断 書

東松山市長 宛て

令和 2年 10月 14日

医療機関名 医療法人△△会 ○○病院

所在地 東松山市○○町△-△-△

医師名 若松 ひとし ㊞

次のとおり診断する。

氏 名	松山 太郎
生 年 月 日	昭和 58年 7月 7日
診 断 名	○○△△病
児童の保育についての所見	
<input checked="" type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である	
<input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が困難な状況である	
<input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状況である	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
今後の状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない	
<input type="checkbox"/> _____か月以上治る見込みがない	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
備 考	

注 意 事 項 (記入者様へ) 1 お手数ですが、上記事項を漏れないようにご記入ください。医師印も必ず押印してください。
2 この書類に関する費用の負担は請求者(患者)になります。

児童氏名	松山 一郎	生年月日	令和2 年 4 月 3 日
<input type="checkbox"/> 在所中	在所保育施設名		
<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	(令和3)年(4)月入所希望で申請		

※在所中か申請中のいずれかに
をつけてください。

障害状況等申告書

令和 2年 10月 14日

東松山市長 あて

住 所 東松山市松葉町1-1-58

保護者氏名 松山 太郎 (印)

保育施設入所の申込みに当たり、障害等により入所希望の児童の保育ができない状況について
次のとおり申告します。

氏 名	松山 太郎	続柄	(児童からみて) 父
住 所	東松山市松葉町1-1-58		
障害の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級以下 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> その他 ()		
障害の状況	(日常生活での支障の程度をご記入ください) 介助なしでの単独歩行が困難		

注意事項

- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2 各種手帳の写しや診断書など、症状が確認できるものを添付してください。

父・母・祖父・祖母 (この証明の該当者に○をしてください。)

児童氏名 松山 一郎 生年月日 令和2 年 4 月 3 日

在所中 在所保育施設名 ※在所中か申請中のいずれかに をつけてください。

申請中 (令和3)年(4)月入所希望で申請

介護・看護状況申告書

令和2 年 10 月 17 日

東松山市長 宛

【介護・看護を行っている方】 住所 東松山市松葉町1-1-58
氏名 松山 太郎 印

支給認定の申請に当たり、保護者が介護・看護を行っている状況について次のとおり申告します。

介護・看護が必要な方の氏名	松山 松輔	続柄	(介護・看護を行っている方からみて)	父
介護・看護が必要な方の住所	東松山市松葉町1-1-58		介護時間数	一週間当たり 31 時間
介護・看護を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) <u>2</u> 級 <input type="checkbox"/> 要介護(度数:) <input type="checkbox"/> 要支援(度数:) <input type="checkbox"/> その他(病名:)			
施設入所状況	<input type="checkbox"/> 介護保険施設・障害者施設等に入所・通所している <input type="checkbox"/> 入所・通所していない(施設名:)			

【一週間の介護状況】 ※平均的な1週間の介護状況を御自身で御記入ください。
※時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

時 日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
月			病院付添				食事介助					夕食・排泄・入浴介助				
火							食事介助					夕食・排泄・入浴介助				
水							食事介助		外出付添			夕食・排泄・入浴介助				
木							食事介助					夕食・排泄・入浴介助				
金			病院付添				食事介助					夕食・排泄・入浴介助				
土							食事介助		外出付添			夕食・排泄・入浴介助				
日							食事介助					夕食・排泄・入浴介助				
例			病院付添				食事介助		外出付添			夕食・排泄・入浴介助				

注意事項

- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2 介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類(各帳の写しや、介護保険被保険者証の写し、診断書など)を添付してください。
- 3 施設入所・通所状況等に関しては、担当課に照会することがあります。

(保護者記入欄)	
<input checked="" type="radio"/> 父・母・祖父・祖母 (この証明の該当者に○をしてください。)	通学時間 <u>30</u> 分
児童氏名 <u>松山 一郎</u>	生年月日 <u>令和2年 4月 3日</u>
<input type="checkbox"/> 在所中 在所保育施設名 _____	※在所中か申請中のいずれかに ☑をつけてください。
<input checked="" type="checkbox"/> 申請中 (<u>令和3</u>)年(<u>4</u>)月入所希望で申請	

※以下は在学先で記入してもらってください。

在学証明書

東松山市長 宛て

令和 2年 10月 17日

学校所在地	東松山市〇〇町△-△-△	
学校名	学校法人〇〇学園	㊟
代表者名	高坂 ひとし	
電話番号	0493-□□-☆☆☆☆	
作成担当者	△△ □□	

次のとおり在学中であることを証明する。

氏名	松山 太郎		住所	東松山市松葉町1-1-58	
入学年月日	2020年 4月 1日		卒業年月日 (予定)	2022年 3月 31日	
通学日数	月 16日 週 4日				
就学内容	〇〇〇〇学部				
授業時間 *1週間の平均的な授業時限を○で囲んだ上で、在学時間(その日の最初の講義開始時間から最後の講義終了時間)を記入してください。	月曜	①限・②限・③限・④限・⑤限・6限・7限		9時 0分から 18時 15分まで	
	火曜	1限・2限・3限・4限・5限・6限・7限		時 分から 時 分まで	
	水曜	1限・②限・③限・④限・5限・6限・7限		10時 45分から 16時 30分まで	
	木曜	①限・2限・③限・④限・5限・⑥限・7限		9時 0分から 20時 0分まで	
	金曜	1限・②限・③限・④限・5限・6限・7限		10時 45分から 16時 30分まで	
	土曜	1限・2限・3限・4限・5限・6限・7限		時 分から 時 分まで	
	合計	週 127時間			
備考					

注意事項
(記入者様へ)

- お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。学校印等も必ず押印してください。
- 訂正は、お手数でも訂正印を押印してください。
- 記入の無い欄は斜線を引くか「当該欄記入なし」と記入し、空欄のままにしないようお願いいたします。
- 記載内容について、担当課から証明者に確認・問合せをさせていただく場合があります。
- 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。