

保育園入園申込書兼施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

行方市長 宛て
(福祉事務所長)

申請日 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。また、行方市が施設型給付費・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又は照会すること並びに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 (ふりがな)	住所 行方市	連絡先		
	①		自宅		
			携帯1	続柄()	
			携帯2	続柄()	
入園児童	氏名 (ふりがな)	生年月日 年 月 日生	性別 男・女	児童の個人番号	保護者との続柄

1. 利用を希望する施設(事業所)名, 期間等

利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由			
	第1希望		希望理由	
	第2希望		希望理由	
	第3希望		希望理由	
利用を希望する期間	年 月 日 ~ □ 年 月 日まで □就学前まで			
希望する利用日, 時間	利用希望日			利用時間
	□月 □火 □水 □木 □金 □土	時 分から 時 分まで		

2. 世帯の状況：申込児童以外の家族(特に保護者)の状況を記入してください。

区分	氏名	生年月日	児童との続柄	性別	勤務先名又は学校・園名等	個人番号 (マイナンバー)	備考
申込児童を除くすべての世帯員	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
生活保護の適用の有無	□適用なし □適用あり (年 月 日保護開始)						
家庭の状況	□ひとり親世帯： 年 月 から 理由：□死亡 □離婚 □別居(調停：□無 □有) □その他()						
障がい手帳等の有無	□無 □有 ⇒ 氏名() 種類(身障・精神・療育 級・判定) ※手帳の写しを添付してください。						

3. 保育を必要とする事由

		父親の状況	母親の状況
就労の方	保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()
	形態	常勤・派遣・パート・アルバイト・内職 自営業(自宅内・自宅外)・自営手伝い 農業・農業手伝い・その他()	常勤・派遣・パート・アルバイト・内職 自営業(自宅内・自宅外)・自営手伝い 農業・農業手伝い・その他()
	名称		
	住所		
	日数	月()日・週()日	月()日・週()日
	時間	時 分 ~ 時 分 (約 時間) 通勤時間:片道()分 残業:なし・あり(1日平均 時間)	時 分 ~ 時 分 (約 時間) 通勤時間:片道()分 残業:なし・あり(1日平均 時間)
出産の方			年 月 日 出産予定・出産
疾病・障がいのある方	病名・障がい名:		病名・障がい名:
	医療機関名:		医療機関名:
	入院()年()月~)・通院(月・週 日)		入院()年()月~)・通院(月・週 日)
	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)		手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)
介護・看護をされている方	病人等の氏名: ()歳(続柄)		病人等の氏名: ()歳(続柄)
	病名・障がい名:		病名・障がい名:
	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)		手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)
	看護の状況: 入院・居宅内 / 常時・随時		看護の状況: 入院・居宅内 / 常時・随時
就学中の方	学校名:		学校名:
	期間:)年()月()日~)年()月()日		期間:)年()月()日~)年()月()日
	通学状況: 週 日・月 日		通学状況: 週 日・月 日
	時 分 ~ 時 分		時 分 ~ 時 分
求職活動をしている方	面接予定()社・採用回答待ち 入所決定してから求職活動をする		面接予定()社・採用回答待ち 入所決定してから求職活動をする

※保育を必要とする事由に合わせて、必要な添付書類を提出してください。

*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・非 (否とする理由) 年 月 日認定			<input type="checkbox"/> 1号	
			<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短
			<input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 標準 <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) 〔 <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〕		年 月 日		
		年 月 日		
備考:				

◆保育所(園)等の利用に関する同意書◆

※入園申し込みにあたり、以下の事項をお読みください。□にチェックをお願いします。

	確 認 事 項	チェック欄
1	事実と異なる虚偽の記載があった場合は内定を取消しとし、利用開始後に明らかになった時には、保育の利用を解除(退所)します。	<input type="checkbox"/>
2	申込み後や利用開始後、ご家庭の状況(就労状況・妊娠・育児休業など)に変更があった場合は、必ずご連絡ください。	<input type="checkbox"/>
3	入所決定後、毎月の保育料は定められた期日までに納付していただきます。	<input type="checkbox"/>
4	保育料算定のため課税状況や世帯情報を確認する必要があるときは、税務課の所有する課税状況を取得することがあります。	<input type="checkbox"/>
5	保育料は1ヶ月単位になります。月の初日に在籍していれば、1ヶ月の保育料がかかります。よって、月の途中で退所されても日割り計算はされません。	<input type="checkbox"/>
6	<p>【私立保育所(園)を利用する場合】 利用者は市と契約し保育料を市へ支払います。保育料が滞納となった場合、延滞金が発生します。督促状・催告状等が交付されるほか、職員が自宅訪問や電話による催告を行います。また、誓約書・申出書を提出して頂き児童手当からの特別徴収を行います。保育料の収納情報を必要に応じて保育所(園)へ提供します。</p> <p>【認定こども園を利用する場合】 利用者は施設と契約し保育料も施設へ支払います。</p>	<input type="checkbox"/>
7	平成31年4月入所の場合の「支給認定証」については、認定事務が集中するため審査に時間を要することから、入所結果と共に平成31年2月頃通知します。	<input type="checkbox"/>
8	<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; padding-right: 5px;">※該当する方のみご記入ください。</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>【出産予定の方】 出産要件で入所できる期間は、産前・産後おおむね各2カ月の最大4ヶ月です。期間終了後は退所となり、以降継続して保育利用を希望される場合は再度申込みが必要になります。</p> <p>【求職活動の方】 求職活動の方は、入所後90日(3ヶ月)以内に就労証明書及び支給認定変更申請書を提出してください。90日を超えても就労開始とならないときには、保育所等の空き状況等によっては、退所していただく場合があります。</p> <p>【行方市外へ転出予定の方】 転出予定の状況についてご記入ください。 ★転出先住所： ★転出時期： 年 月頃</p> <p>【行方市外に住所登録をしている保護者と生計を一にするお子さんがいる方】 ★お子さんの氏名： (生年月日： 年 月 日) ★お子さんの住所： ★別居の理由： <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他() ※多子世帯の保育料軽減制度に該当する場合は、後日生計を一にしていることが確認できる書類(保険証の写しや在学証明書など)を提出していただくことがあります。</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/>

保育所(園)等の利用申し込みにあたり、上記の事項について同意します。

平成 年 月 日

保護者(父)氏名 _____ (印)

保護者(母)氏名 _____ (印)

○家庭状況調査票

施設名:

児童名:

●入所児童のきょうだい(未就学児)について いる(※下記にご記入ください) いない

氏名: (歳)	<input type="checkbox"/> 在園中(施設名:) <input type="checkbox"/> 父母が保育している(理由: 育児休業中・就労予定・求職中) ※入所申込みの予定(年 月から) <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している(父方・母方)(誰が:) <input type="checkbox"/> その他()
氏名: (歳)	<input type="checkbox"/> 在園中(施設名:) <input type="checkbox"/> 父母が保育している(理由: 育児休業中・就労予定・求職中) ※入所申込みの予定(年 月から) <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している(父方・母方)(誰が:) <input type="checkbox"/> その他()
氏名: (歳)	<input type="checkbox"/> 在園中(施設名:) <input type="checkbox"/> 父母が保育している(理由: 育児休業中・就労予定・求職中) ※入所申込みの予定(年 月から) <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している(父方・母方)(誰が:) <input type="checkbox"/> その他()

●入所児童の祖父母について ※同居または同じ敷地内居住の60歳未満の祖父母の方は、就労証明書等の提出が必要です。

父方	同居・同じ敷地内居住・別居(別居の場合住所:)	
	祖父	氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> 就労(勤務先:) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名等:) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
		氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
	祖母	<input type="checkbox"/> 就労(勤務先:) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名等:) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
		氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない		
母方	同居・同じ敷地内居住・別居(別居の場合住所:)	
	祖父	氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> 就労(勤務先:) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名等:) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
		氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
	祖母	<input type="checkbox"/> 就労(勤務先:) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名等:) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
		氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない
氏名 (歳) <input type="checkbox"/> いない		

●確認事項

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父母が保育している(育児休業・就労予定・求職活動予定・その他) <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している(父方・母方)(誰が:) <input type="checkbox"/> 保育施設在園(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()
入所できなかった場合について	<p>◆希望の保育所に入所できなかった場合</p> <input type="checkbox"/> 空き待ちをする <input type="checkbox"/> 空いているところがあれば、希望以外でも利用する <input type="checkbox"/> 申請を取り下げる <input type="checkbox"/> その他()
	<p>◆保育所等を利用できなかった場合</p> <input type="checkbox"/> 現状の保育を続ける <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 認可外保育施設や幼稚園等を考える <input type="checkbox"/> その他()
	<p>◆同時に2人以上の申込みの場合</p> <input type="checkbox"/> 同時期に同じ施設でのみ利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 同時期であれば別々の施設でも利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 1人でも希望する。 ↳ <input type="checkbox"/> 他の児童はきょうだいと同じ施設のみ利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 他の児童は別々の施設でも利用を希望する。
平成30年1月1日現在の保護者住所	行方市・行方市外() <p style="text-align: right;">※行方市外の場合、両親分の平成30年度市町村民税課税証明書を提出してください。</p>

○児童の状況

施設名:

児童名:

(歳 カ月)

※ 該当する項目に○をつけてください。1歳未満のお子さんは、6～13 のみご記入ください。

日常生活について	1. 食事	1 自分で食べられる(はしだけ ・ スプーンだけ ・ どちらも使用できる) 2 大人の助けがあれば食べられる 3 食べさせてもらう
	2. 着脱衣	1 自分で着たり、脱いだりできる 2 簡単な物なら、自分でできる(着るだけ ・ 脱ぐだけ ・ 着脱どちらも) 3 大人にしてもらう
	3. 排泄	1 大小便とも自分でできる 2 大人の助けがあればできる(大 ・ 小) 3 自分ではできないが、知らせる(大 ・ 小) 4 オムツを使用している(常時 ・ 時々 ・ 就寝時のみ)
	4. ことば	1 普通に話しができる 2 少しだけ話せる(単語のみ ・ 二語文 ・ 三語文) 3 話せないが、大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)がわかる 4 まだ言葉は理解していない
	5. 遊び方	1 だれとでも遊べる 2 だれとでも遊ぶが一人になりやすい 3 遊びたいが仲間に入れたい 4 親、兄弟、姉妹としか遊ばない 5 いつも一人で遊んでいる(近所に子供がいない ・ 一人遊びが好き)
健診等について	6. 乳児健診の状況	○3～6ヵ月健診 受診 ・ 未受診 ○指導事項 なし ・ あり () ○9～11ヵ月健診 受診 ・ 未受診 ○指導事項 なし ・ あり () ○1歳6ヵ月健診 受診 ・ 未受診 ○指導事項 なし ・ あり () ○2歳児歯科健診 受診 ・ 未受診 ○指導事項 なし ・ あり () ○3歳児健診 受診 ・ 未受診 ○指導事項 なし ・ あり ()
	7. 予防接種歴	親子健康手帳の予防接種の記録(1)～(4)までをコピーし、一緒に提出してください。
健康状態について	8. 既往歴	◆手術や入院、定期的な受診を必要とする病気や怪我はありますか。 なし ・ あり 病名等() かかりつけの医療機関名() ◆その病気や怪我のために、医師から日常生活について指示されていることはありますか。 なし ・ あり 内容()
	9. アレルギー	◆アレルギー疾患はありますか？ なし ・ あり ある場合:アレルギーの種類() アナフィラキシー症状の既往歴(なし ・ あり) かかりつけの医療機関名() 注意すべきこと()
	10. 発育等	◆言葉やくせ、行動など、発達の面で心配なことはありますか。 ない ・ ある ⇒内容() ※「ある」と答えた方は、そのことについて専門機関へ相談していますか。 医療機関 : いない ・ いる (医療機関名:) 保健相談センター : いない ・ いる
	11. 手帳の有無	なし ・ あり (身体障害者手帳 級 ・ 療育手帳 判定) ※身障(療育)手帳をお持ちの場合は、手帳のコピーを添付してください。
	12. 特別児童扶養手当	なし ・ あり (1級 ・ 2級)
13. その他	◆その他 お子さんのことで伝えておきたいことがありましたらご記入ください。	

予防接種の記録

親子健康手帳をA4サイズ(拡大なし)でコピーし、一緒に提出してください。
行方市の親子健康手帳のP50～53です。

【予防接種の種類】

- インフルエンザ菌b型(Hib)
- 小児肺炎球菌
- B型肝炎
- ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(四種混合)
- BCG
- 麻しん(はしか)・風しん
- 水痘
- 日本脳炎
- ロタウイルス
- おたふくかぜ