

(様式第1号)

子どものための教育・保育給付 支給認定申請書 兼 施設利用申請書

※市記入欄

認定者番号 施設名 記入欄



大和郡山市長 様

令和 5 年 11 月 1 日

申請にあたっての誓約 および 同意書

- 1. 施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請(以下、支給認定申請という。)および施設利用申請にかかる各種提出書類に関して、その内容は実態と相違ありません。実態と異なった場合は、認定の取り消し等いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
2. 支給認定申請に必要な市町村民税の情報や世帯情報について、市が関係機関へ確認することに同意します。
3. 決定された保育料は、遅滞なく納付し、滞納しないことを誓います。滞納した場合は、いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。

保護者(誓約者)氏名 郡山 太郎 (Red stamp)

次のとおり、施設型給付・地域型保育給付の支給認定および施設利用について申し込みます。

Main application form with sections for: 保護者住所, 保護者連絡先, 児童氏名, 児童の同居家族, 利用を希望する施設名, 利用を希望する期間, ひとり親世帯の該当, 在宅障がい者の有無, 生活保護の状況, 現住所に住むようになった日.

※幼稚園に入園を希望する場合、ご記入は以上となります。

Summary table with columns: 認定の可否, 認定の事由, 認定区分, 支給(利用)の可否, 利用期間, 利用施設, 受付, 印, 備考.

家庭状況調査書

記入例

児童氏名	郡山 一郎
生年月日	H R 5年 8月 1日生

保育を必要とする理由に
あった番号を記入ください。

◎保護者の状況

保育の実施を必要とする理由		両親等:番号 (父: 1) (母: 1) (:) (:) 1. 家庭外または家庭内で労働するので保育できない。 2. 妊娠中または出産後間がないので保育できない。 3. 保護者の疾病、障がいのため保育できない。 4. 同居または長期入院等している親族の介護・看護のため保育できない。 5. 災害復旧 ※理由について具体的にお書きください。	
1 就 労	続柄	父	母
	仕事の内容	営業、事務	窓口業務
	会社名・店名	○×商事(株) □△営業所	(株) □△銀行 △×支店
	所在地	□△市○○町1-1	△×市□○町1-1
	勤務時間	平日 9 :00 ~ 17 : 30 土曜 9 :00 ~ 17 : 30	平日 8 :30 ~ 17 : 00 土曜 : ~ :
	就労年月日	平成18年 10月 1日より就労	平成19年 4月 1日より就労
続柄			
仕事の内容			
会社名・店名			
所在地			
勤務時間	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	平日 : ~ : 土曜 : ~ :	
就労年月日	年 月 日より就労	年 月 日より就労	
2 出 産	母子健康手帳	No. 号	6 求 職 活 動
続柄	出産(予定)日	令和 年 月 日	続柄
3 疾 病 障 が い	病名・病状		7 就 学 職 業 訓 練
	入院・通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療機関名		学校名
続柄	障がい名とその程度		所在地
4 介 護 看 護	介護・看護される人	児童との続柄 ()	続柄
	病名又は病状		就学時間
	入院・通院	年 月 日 ~ 年 月 日	8 D V ・ 虐 待
続柄	医療機関名		9 育 児 休 暇 取 得 時 の 続 続 利 用
5 災 害 復 旧	り災年月日		10 そ の 他
	り災状況		

該当する箇所に内容を記載ください。

◎別居祖父母の状況(※同居の場合は記入の必要なし)

		氏名	住所	年齢	児童を保育できない理由
父 方	祖父	郡山 二郎			<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input checked="" type="checkbox"/> 他界 <input type="checkbox"/> その他()
	祖母				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 他界 <input type="checkbox"/> その他()
母 方	祖父	大和 三郎	△×市□□町450番地	70	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input checked="" type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 他界 <input type="checkbox"/> その他()
	祖母	大和 うめ	〃	68	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input checked="" type="checkbox"/> 遠方に居住 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 他界 <input type="checkbox"/> その他()

児童調査書

記入例

児童氏名	郡山 一郎	性別	男・女	生年月日	H・R 5年 8月 1日生
------	-------	----	-----	------	---------------

上記児童について、あてはまる項目に記入またはチェックを入れて下さい。

現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 親戚の人(続柄:)が保育 <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 職場内託児所を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()				
集団生活の経験	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
分娩時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他()				
出産時等の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 保育器 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 重病黄疸 <input type="checkbox"/> その他()				
体重	出生時: 3000 g	現在: 9 g kg	身長	出生時: 48 cm	現在: 70 cm
健康診査の受診状況	これまでに受診した健康診査にチェックを入れて下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 4ヶ月児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 7ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他() ※受診した健診で医師・保健師の指導があった場合はその内容をご記入下さい。				
相談・指導について	【子どもの言葉や発達に関して、相談したり指導を受けたりしたことがあるか。】 <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。				
	時期	歳 月 月のとき	場所	※保健センターや医療機関等、具体的に記入してください。	
	内容				
病気・けがについて	【通っている施設等の有無】 <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 施設名				
	【病気・けがの経験】 以下、あてはまる項目にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 右記のような病気・けがの経験はない <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他				
入院・通院の状況	※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。				
	【入院の経験】	病名	アトピー性皮膚炎 (歳 月 月のとき)		
	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 【治療・通院の経験】 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	医療機関名	現在の状況	通院	頻度: 1か月あたり 1 回 ・ 不定期
服薬の状況	※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。				
	【服薬の有無】	病名	服薬回数		
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (原因となるもの: ※卵や乳、小麦等、具体的に記入してください。)				
	症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> その他()			
	処方されている薬について	<input type="checkbox"/> 内服薬() <input type="checkbox"/> 外用薬() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 処方なし			
	アナフィラキシーショックの経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。		
	回数	回	時期	歳 月 月のとき	
原因					
その時の状況					
その他	【食物アレルギーのため、利用施設での給食において除去対応を希望するか。】 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
	その他、子育てや子どもの発達に関すること等、気になることがあればご自由にお書き下さい。				