

(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

大和郡山市長 様

※市記入欄	認定者 番号		整理 番号	
	施設名			

令和 年 月 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有りません。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 印

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。

保護者住所	〒639- 大和郡山市		転居予定		☐ 有			
保護者 連絡先	【自宅】() - 【携帯電話】父:() - 母:() -		転居先住所					
ふりがな 児 童 氏 名		保護者 との続柄	児童生年月日	性別	認定を希望する区分			
			R 年 月 日生	男・女	☐ 1号：満3歳以上である。(幼稚園等の利用を希望)			
					☐ 2号：満3歳以上で、家庭での保育が困難。 ☐ 3号：満3歳未満で、家庭での保育が困難。		☐ 標準時間利用 ☐ 短時間利用	
児童の 同居家族	ふりがな 氏 名	入所児童 との続柄	生年月日	性別	職業・学校名等	前年度 市民税	今年度 市民税	備考
		父	S H 年 月 日生	男		☐ 有	☐ 有	
		母	S H 年 月 日生	女		☐ 有	☐ 有	
			T・S H・R 年 月 日生	男・女		☐ 有	☐ 有	
			T・S H・R 年 月 日生	男・女		☐ 有	☐ 有	
			T・S H・R 年 月 日生	男・女		☐ 有	☐ 有	
			T・S H・R 年 月 日生	男・女		☐ 有	☐ 有	
			T・S H・R 年 月 日生	男・女		☐ 有	☐ 有	
利 用 を 希望する 施 設 名	第1希望 (希望理由)							
	第2希望 (希望理由)							
	第3希望 (希望理由)							
	第4希望 (希望理由)							
	第5希望 (希望理由)							
利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
ひとり親世帯の該当	☐ 該当なし ☐ 該当あり (H・R 年 月 日から)							
在宅障がい者の有無	☐ なし ☐ あり (在宅障がい者と児童との続柄:)							
生活保護の状況	☐ 該当なし ☐ 該当あり (H・R 年 月 日から)							
現住所に住むようになった日	H R 年 月 日	前住所地						

※1号認定を希望する場合、ご記入は以上となります。

※市記入欄	認定の可否		認定の事由		認定区分	
	可・否 (理由)		(:) (:)		1号 ・ 2号 ・ 3号	
	令和 年 月 日認定	認定者番号			(標準時間 ・ 短時間)	
	支給(利用)の可否		利用期間		利用施設	
	可・否 (理由)		自 令和 年 月 日		認定こども園【連(幼・保)・幼(幼・保)・保(保・幼)】・幼稚園 保育所 ・ 地域型(小規模・家庭的・事業所内)	
	令和 年 月 日承諾		至 令和 年 月 日		施設名	
受付	印	備考				

家庭状況調査書

兒童氏名	
生年月日	R 年 月 日生

◎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) (母:) (:) (:) 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。									
			6. 求職活動(起業準備を含む)のため保育ができない。 7. 就学(職業訓練などを含む)のため保育ができない。 8. 虐待やDVのおそれがある。 9. 育児休業取得時に、既に保育を利用している子どもがいて、継続利用が必要である。 10. その他									
1 就 労	続柄	仕事の内容					続柄	仕事の内容				
		会社名・店名						会社名・店名				
		所在地						所在地				
		勤務時間	平日	:	～	:		勤務時間	平日	:	～	:
			土曜	:	～	:			土曜	:	～	:
	就労年月日	年	月	日より就労	就労年月日	年	月	日より就労				
	続柄	仕事の内容					続柄	仕事の内容				
		会社名・店名						会社名・店名				
		所在地						所在地				
		勤務時間	平日	:	～	:		勤務時間	平日	:	～	:
土曜			:	～	:	土曜			:	～	:	
就労年月日	年	月	日より就労	就労年月日	年	月	日より就労					
2 出 産	母子健康手帳		No.		号		続柄	6 求職活動				
	出産(予定)日		令和		年 月 日							
3 疾病 障がい	病名・病状						続柄	7 就学 職業訓練	学校名			
	入院・通院		年 月 日～		年 月 日				所在地			
	医療機関名						続柄		就学 時間			
続柄	障がい名とその程度						8 DV・虐待					
4 介護 看護	介護・看護される人		児童との続柄 ()									
	病名又は病状						9 育児休業 取得時の 継続利用					
	入院・通院		年 月 日～		年 月 日							
続柄	医療機関名						10 その他					
5 災害 復旧	り災年月日											
	り災状況											

◎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				☐ 就労 ☐ 離別	☐ 疾病 ☐ 他界	☐ 障がい ☐ その他()	☐ 介護	☐ 遠方に居住
	祖母				☐ 就労 ☐ 離別	☐ 疾病 ☐ 他界	☐ 障がい ☐ その他()	☐ 介護	☐ 遠方に居住
母 方	祖父				☐ 就労 ☐ 離別	☐ 疾病 ☐ 他界	☐ 障がい ☐ その他()	☐ 介護	☐ 遠方に居住
	祖母				☐ 就労 ☐ 離別	☐ 疾病 ☐ 他界	☐ 障がい ☐ その他()	☐ 介護	☐ 遠方に居住

児童調査書

児童氏名		性別	男・女	生年月日	R 年 月 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	☐ 保護者が自宅で保育 ☐ 親戚の人（続柄： ）が保育 ☐ 職場に連れて行っている ☐ 認可外保育施設を利用（施設名： ） ☐ 保育所・幼稚園等を利用（施設名： ） ☐ 職場内託児所を利用（施設名： ） ☐ その他（ ）					
集団生活の経験	☐ ない ☐ ある	期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日			
		施設名				
分娩時の状況	☐ 正常 ☐ 早産 ☐ 吸引 ☐ 帝王切開 ☐ その他（ ）					
出産時等の状況	☐ 正常 ☐ 仮死 ☐ チアノーゼ ☐ 保育器 ☐ ひきつけ ☐ 重病黄疸 ☐ その他（ ）					
体重	出生時： g	現在： g・kg	身長	出生時： cm	現在： 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。 ☐ 4ヶ月児健診 ☐ 7ヶ月児健診 ☐ 1歳6ヶ月児健診 ☐ 3歳児健診 ☐ 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。】 ☐ ない ☐ ある ※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。					
	時期	歳 ヶ月のとき	場所			
	内容					
病気・けが について	【通っている施設等の有無】 ☐ ない ☐ ある 施設名					
	右記のような ☐ 病気・けがの 経験はない	【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。 ☐ 眼の病気 ☐ 耳の病気 ☐ 皮膚の病気 ☐ 腎臓病 ☐ 肝炎 ☐ 結核 ☐ ぜんそく ☐ ひきつけ ☐ 心臓病 ☐ 骨折 ☐ 脱臼 ☐ その他				
		病名 症状等				
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】 ☐ ない ☐ ある	病名	(歳 ヶ月のとき)			
		医療機関名				
【治療・通院の経験】 ☐ ない ☐ ある	現在の状況	☐ 治療を継続中 ☐ 完治	通院	頻度：1か月あたり 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】 ☐ ない ☐ ある	病名		服薬回数		
				1日 回 朝・昼・夜・()		
アレルギー について	【アレルギーの有無】 ☐ ない ☐ ある（原因となるもの： ） ※「ある」の場合は以下の該当する項目にお答え下さい。					
	症 状	☐ 湿疹 ☐ かゆみ ☐ じんましん ☐ 顔面紅潮 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐・腹痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 咳き込み ☐ ショック ☐ その他（ ）				
	処方されている 薬について	☐ 内服薬（ ） ☐ 外用薬（ ） ☐ その他（ ） ☐ 処方なし				
	アナフィラキシー ショックの経験	☐ ない ☐ 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 ヶ月のとき
			原因			
	その時の 状況					
【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。】 ☐ いいえ ☐ はい						
その他	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。					