

(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
整理番号
施設名

大和郡山市長 様

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

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:() -
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
児童の同居家族 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
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 □適用なし □適用あり(H・R 年 月 日開始)
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) 令和 年 月 日認定 認定者番号 (:) (:) 1号・2号・3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)
至 令和 年 月 日 施設名
受付 印 備考

家庭状況調査書

児童氏名	
生年月日	H・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。 6. 求職活動(起業準備を含む)のため保育ができない。 2. 妊娠中または出産後間がないので保育できない。 7. 就学(職業訓練などを含む)のため保育ができない。 3. 保護者の疾病、障がいのため保育できない。 8. 虐待やDVのおそれがある。 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。 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。 5. 災害復旧 10. その他 ※理由について具体的にお書きください。							
		1 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 : ~ : 就労年月日 年 月 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 : ~ : 就労年月日 年 月 日より就労			
2 出産		母子健康手帳 No. 号 出産(予定)日 令和 年 月 日		6 求職活動					
3 疾病障がい		病名・病状 入院・通院 年 月 日～ 年 月 日 医療機関名		7 就学職業訓練		学校名 所在地 就学時間			
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 入院・通院 年 月 日～ 年 月 日 医療機関名		8 DV・虐待					
5 災害復旧		り災年月日 り災状況		9 育児休業取得時の継続利用					
				10 その他					

◎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				<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()
	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				<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()
	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()

児童調査書

児童氏名		性別	男・女	生年月日	H・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	<input 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 type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日			
		施設名				
分娩時の状況	<input 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 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: 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。 <input type="checkbox"/> 4ヶ月児健診 <input 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 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 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】 <input 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 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】 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名	(歳 ヶ月のとき)			
		医療機関名				
【治療・通院の経験】 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	現在の状況	<input type="checkbox"/> 治療を継続中 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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	<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 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。】 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。					

※以下、記入の必要はありません。

【課税状況等】

前期保育料

保育実施期間		自 令和 年 月 日 ・ 至 令和 年 月 日				世帯階層区分	国階層	
		父	母		計		市階層	
年度 市民税	均等割					保育料	基本額・半額・無	
	所得割						基準額	円
生活保護の適用		有・無	開始 年 月 日・廃止 年 月 日				減免額	円
確認日			担当者名				徴収額	円

後期保育料

保育実施期間		自 令和 年 月 日 ・ 至 令和 年 月 日				世帯階層区分	国階層	
		父	母		計		市階層	
年度 市民税	均等割					保育料	基本額・半額・無	
	所得割						基準額	円
生活保護の適用		有・無	開始 年 月 日・廃止 年 月 日				減免額	円
確認日			担当者名				徴収額	円