

世帯の状況

生活保護受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日受給開始)	市外にチェックが付く方は該当者分の課税(非課税)証明書が必要になります。 令和4年1月1日市外→令和4年度分 令和5年1月1日市外→令和5年度分
ひとり親家庭(該当する方のみ)	※戸籍謄本等を添付してください。 ※未成年者で未婚の方は、祖父母(保育)の父() 年 月 日(頃)から 離婚・未婚・死別・離婚調停中・その他	
R4年1月1日現在の住所地	父 <input type="checkbox"/> 東大和市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(都道府県名: 長野県 市区町村名: 松本市) 母 <input type="checkbox"/> 東大和市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(都道府県名: 東京都 市区町村名: 武蔵村山市)	
R5年1月1日現在の住所地	父 <input checked="" type="checkbox"/> 東大和市 <input type="checkbox"/> 市外(都道府県名:) 市区町村名:) 母 <input checked="" type="checkbox"/> 東大和市 <input type="checkbox"/> 市外(都道府県名:) 市区町村名:)	
世帯に障害のある方	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (氏名: 続柄: 手帳の種類:) ※愛の手帳をお持ちの場合は、ご提示ください。	

現在の状況

保育の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育をしている <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・小規模保育・家庭的保育(保育ママ)利用 (市区町村名: 施設名:) <input type="checkbox"/> 一時預かり利用 (市区町村名: 施設名:) <input type="checkbox"/> 認証保育所利用 (市区町村名: 施設名:) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設利用 (市区町村名: 施設名:) <input type="checkbox"/> 職場の託児所・保育室等利用 <input type="checkbox"/> その他 ()
令和4年度の入園・転園申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

教育・保育給付認定証について

※教育・保育給付認定証とは、申請内容に基づき、保育が必要であることが認められた旨の証明になります。当市では、認定証を希望されなかった場合でも、同様の内容の「認定通知書」を発行・送付しています。

教育・保育給付認定証の交付希望	<input type="checkbox"/> 有 ※不要となった教育・保育給付認定証は返却の必要があります。
-----------------	--

【以下市処理欄】

本人確認	父・母・()	マイナンバー	済・未
受付者メモ			

(表)

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定 兼 保育利用申請書

東大和市長 殿

※標記のことに付いて、以下のとおり申請します。また、この申請書および添付書類に記載された情報(個人番号を除く)が利用を希望する保育所等に提供されることを認めます。

受付印

記入例

申請日	令和4年 11月 12日					
保護者(申請者)	フリガナ	ヤマト タロウ	生年月日	昭平 62年 2月 14日	性別	男・女
	氏名	大和 太郎				
保護者(配偶者)	フリガナ	ヤマト ハナコ	生年月日	昭平 2年 11月 28日	性別	男・女
	氏名	大和 花子				
申請児童	フリガナ	ヤマト カズト	生年月日	平成 3年 7月 10日	R5.4.1の年齢	0歳児クラス
	氏名	大和 和人				
申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 新規入所(施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請と保育利用申請) <input type="checkbox"/> 転所(保育利用申請) <input type="checkbox"/> 認定申請(施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請)					
有にチェック	保育の希望の有無					
保育の希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有: 保育所等の利用を希望する場合(幼稚園等の併願除く。) ※保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育等を利用 <input type="checkbox"/> 無: 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等の併願除く。) ※幼稚園、認定こども園(教育部分)を利用					
保育の利用を希望する期間	令和5年 4月 1日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 末日まで					
利用を希望する施設名(幼稚園等の内定を受けているときは、「第1希望」欄に記入してください。)						
第1希望	(見学 済 未) <input type="radio"/> 保育園	第6希望	(見学 済 未)	※第11希望以降がある場合は、この欄にご記入ください。		
第2希望	(見学 済 未) <input checked="" type="radio"/> 保育園	第7希望	(見学 済 未)	入園したい園を入りたい順番でご記入ください。		
第3希望	(見学 済 未) <input type="radio"/> 保育園	第8希望	(見学 済 未)			
第4希望	(見学 済 未)	きょうだいで同時に申請する場合は、必ずご記入ください。				
第5希望	(見学 済 未)	1~3に該当する条件がない場合は4にご記入ください。 例: その他 (①全員同時同一 ①双子のみ同時に同じ施設 ②兄のみ入園)				
きょうだいで同時に申請をする場合の入所条件(チェックした項目に合致しない限り利用できません。)						
<input type="checkbox"/> 1 全児童が同時に同じ保育施設を利用できる場合にのみ利用する。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 全児童が同時に同じ保育施設を利用できない場合は、別々の保育施設になってもよいが、全児童が同時に利用できる場合にのみ利用する。 <input type="checkbox"/> 3 全児童が同時に同じ保育施設を利用できない場合は、別々の保育施設になってもよく、1人だけ利用できる場合でも利用する。(※育休取得中の場合、1人でも入所したら1か月以内に職場復帰が必要です。) <input type="checkbox"/> 4 その他 ()						

—裏面もご記入ください—

受付 窓・郵

フリガナ	ヤマト カスト	性別	生年月日
児童名	大和 和人	<input checked="" type="radio"/> 男・女	3. 7. 10

入所希望月1日時点の状況をご記入ください。
申請児童以外で、幼稚園・保育施設に通われているお子様がいらっしゃる場合は、施設名を必ずご記入ください。

家族構成 (住民票の記載にかかわらず、同居の親族等を全員記入し、入所希望月の1日時点での状況を記入してください。)

氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	職業
大和 太郎	父	昭和 62・ 2・ 14	35	男	会社員
大和 花子	母	平成 2・ 11・ 28	31	女	求職活動
東 大介	祖父	昭和 27・ 10・ 5	69	<input checked="" type="radio"/> 男 女	
大和 一子	姉	平成 25・ 6・ 10	8	男 <input checked="" type="radio"/> 女	第二十小学校 3年生
大和 二郎	兄	平成 28・ 9・ 9	5	<input checked="" type="radio"/> 男 女	〇〇保育園
				男・女	

申請児童の状況 (母子健康手帳をご覧のうえ、ご記入ください。)

出生時の状態	妊娠期間 40 週	出生時の体重 3040 g	出生時の身長 49.2 cm
	出生後の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 特別所見・処置〔 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 保育器(日間)〕		
	分娩時の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()		
健康状況	心身の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱	現在の体重 7.7 kg	現在の身長 69.1 cm
	ひきつけ・無熱性けいれんを起こしたことがありますか。 ※有の場合、医師の診断書等が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()〕		
	熱性けいれんを起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔発症回数 (1 回)〕 ※頻繁に症状が出る場合は、医師の診断書等が必要です。別途、保育施設から診断書等の提出を求められる場合があります。		
	アレルギー疾患はありますか。 ※後日、保育施設から医師の診断書等の提出を求められる場合があります。 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input checked="" type="checkbox"/> 食物 (卵) <input type="checkbox"/> その他 ()〕 〔食物アレルギーの除去食 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (食物)〕		
	その他に発達や慢性的な病気について通っている病院や施設がありますか。 ※医師の診断書等が必要な場合があります。詳しくは入園案内をご確認ください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・相談内容等 (医療機関・施設名))		
	障害の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名 (身体障害者手帳 () 級)・愛の手帳 () 級)		
	常用している薬はありますか。 ※原則、保育時間中の薬の投与は行いません。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 ()、現在 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 投与)		
	集団保育を受ける上で注意する事項の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下に具体的に記入してください。)		

お子様の健康状況で発達の遅れがある、病気がある場合等については、診断書が必要になる場合もありますので、必ずご相談ください。

発達状況	<乳幼児健診>	
	・ 3~4か月児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input type="checkbox"/> 未	・ 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未
	・ 6~7か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未	・ 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未
	・ 9~10か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未	
	<発達>	
	首がすわったのはいつですか	<u>4</u> か月ごろ～ ・ まだすわっていない
	寝返りをしたのはいつですか	<u>5</u> か月ごろ～ ・ まだしていない
	ひとりすわりをしたのはいつですか	<u> </u> か月ごろ～ <u>まだしていない</u>
	はいはいをしたのはいつですか	<u> </u> か月ごろ～ <u>まだしていない</u>
	つかまり立ちをしたのはいつですか	<u> </u> か月ごろ～ <u>まだしていない</u>
ひとり歩きをしたのはいつですか	<u> </u> 歳 <u> </u> か月ごろ～ <u>まだしていない</u>	
2語文などを言いますか	はい・ <u>いいえ</u>	

保育を必要とする理由等 (入所希望月の1日現在での状況を記入してください。)

	父の状況	母の状況
フリガナ	ヤマト タロウ	ヤマト ハナコ
氏名	大和 太郎	大和 花子
携帯電話番号	012-3456-7890	098-7654-3210
保育を必要とする理由 ※該当に○印をし、以下の該当欄にご記入ください。	① 労働 ③ 疾病・障害 ④ 介護等 ⑤ 災害復旧 ⑥ 求職 ⑦ 就学 ⑧ 不存在 ⑨ その他	① 労働 ② 出産 ③ 疾病・障害 ④ 介護等 ⑤ 災害復旧 ⑥ 求職 ⑦ 就学 ⑧ 不存在 ⑨ その他
※労働の方は就労証明書、就学の方は在学証明書と時間割のわかる書類を添付してください。 ※育児休業中の方は、入所後1か月以内に元の勤務先へ復職する必要があります。		
勤務形態	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤(パート)・自営・内職	常勤・非常勤(パート)・自営・内職
勤務・就学先名	(株)〇×商事	
所在地	東京都××市△△町123-5	
採用・就学(予定)年月日	平成 23年 4月 1日	年 月 日
勤務日数	週 5 日 または 月 日	週 日 または 月 日
休業日	月・火・水・木・金・土・日・祝日・ <input checked="" type="radio"/> 不規則	月・火・水・木・金・土・日・祝日・不規則
勤務時間	8時 00分 ~ 18時 30分	時 分 ~ 時 分
通勤時間	片道 1 時間 分 <input checked="" type="radio"/> 電車・車・自転車・バス・その他 ()	片道 時間 分 (電車・車・自転車・バス・その他)
育児期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
② 出産	※母子健康手帳を提示してください。	
出産日	年 月 日	
産休	(期限) 年 月 日まで	
③ 疾病・障害	※疾病・障害の診断書等(お子さんの保育ができないことがわかるもの)を添付してください。お持ちの方は、提示してください。	
病名		
障害	種 級・ 度	
状況	入院中・通院(週・月 回)・その他	
④ 介護等	※介護が必要な親族の診断書を添付してください。別居の親族の場合は要介護3~5と確認できる書類も必要です。	
介護する親族	氏名 続柄 (同居・別居)	氏名 続柄 (同居・別居)
病名等		
介護の状況	在宅・入院・通院通所・その他	
⑤ 災害	※罹災証明書等を添付してください。	
状況		
⑥ 求職	※求職活動中(予定含む)の方は、求職活動申告書を添付してください。※入所後2か月以内に他の要件(月48時間以上の就労等)が必要です。他の要件に該当しない場合は退所となります。	
⑧ 不存在	※戸籍謄本等を添付してください。	
理由	死亡・離婚・その他()	死亡・離婚・その他()

○印をした理由に該当する箇所のみ記入ください。

希望する利用区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(最長11時間保育) <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間利用(最長8時間保育) ※求職中、勤務・就学時間が月120時間未満の方がいる場合は、保育短時間利用となります。
希望する利用時間	8時 30分 ~ 16時 30分 <input checked="" type="checkbox"/> 平日のみ <input type="checkbox"/> 平日及び土曜日
延長保育希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※延長保育については保育所等で別途申込手続きが必要です。