

世帯の状況

生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日受給開始）			
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(保護者の父または母)の入所申請に対する同意書が必要です。 年 月 日(頃)から 離婚・未婚・死別・離婚調停中・その他			
R5年1月1日 現在の住所地	父 <input type="checkbox"/> 東大和市 <input type="checkbox"/> 市外(都道府県名：)	市区町村名： ()		
	母 <input type="checkbox"/> 東大和市 <input type="checkbox"/> 市外(都道府県名：)	市区町村名： ()		
R6年1月1日 現在の住所地	父 <input type="checkbox"/> 東大和市 <input type="checkbox"/> 市外(都道府県名：)	市区町村名： ()		
	母 <input 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 type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 氏名： 続柄： <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>身体障害者手帳 <input type="checkbox"/>愛の手帳 <input type="checkbox"/>精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/>特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/>障害基礎年金受給者 </td> </tr> </table> ※愛の手帳をお持ちの場合は、ご提示ください。			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給者
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給者				

現在の状況

保育の状況
<input 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 ()
R5年度の入園・転園申請の有無
<input type="checkbox"/> 有 <input 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。
 本市では、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

※標記のことについて、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

申請日	年 月 日			
保護者 (申請者)	フリガナ		生年月日 S・H 年 月 日	性別 男・女
	氏名			
保護者 (配偶者)	フリガナ		生年月日 S・H 年 月 日	性別 男・女
	氏名			
申請児童	フリガナ		生年月日 H・R 年 月 日	R6.4.1の年齢 歳児 クラス
	氏名			
申請項目	住所	東大和市		性別
	住所	□申請者と同じ		性別
保育の希望の有無	住所	□申請者と同じ		性別
	住所	□申請者と同じ		性別
保育の利用を希望する期間	住所	□申請者と同じ		性別
	住所	□申請者と同じ		性別
申請項目 <input 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）				
保育の希望の有無 <input type="checkbox"/> 有：保育所等の利用を希望する場合（幼稚園等の併願含む。） ※保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育を利用 <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 R 年 月 1日 から <input 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)	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)	第7希望	(見学 済・未)	
第3希望	(見学 済・未)	第8希望	(見学 済・未)	
第4希望	(見学 済・未)	第9希望	(見学 済・未)	
第5希望	(見学 済・未)	第10希望	(見学 済・未)	
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 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		性別	生年月日
児童名		男・女	.

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てください。申請児童の記入は不要です。)
(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、学校名、保育施設名等
	父	.	.	男	
	母	.	.	女	
		.	.	男・女	
		.	.	男・女	
		.	.	男・女	
		.	.	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。)

申請児童の状況		記入日	年	月	日
出生時の状態	妊娠期間	週	出生時の体重		g
	出生時の身長	cm			
健康状況	出生後の状況	<input 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 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 type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱	現在の体重		k g
	現在の身長	cm			
健康状況	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 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 type="checkbox"/> 有〔発症回数 (回)〕 <small>※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。</small>				
健康状況	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 type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> その他 ()〕 〔食物アレルギーの除去食 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(食物名)〕				
	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。 <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名・相談内容等) (医療機関・施設名)				
健康状況	障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障害名) 〔身体障害者手帳 (級)・愛の手帳 (度)〕				
	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 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)				
健康状況	集団保育を受ける上で注意する事項の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(以下に具体的に記入してください。)				
	<乳幼児健診> ・3～4か月児健診 <input 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 type="checkbox"/> 未 ・6～7か月児健診 <input type="checkbox"/> 済(健康・要観察) <input type="checkbox"/> 未 ・3歳児健診 <input type="checkbox"/> 済(健康・要観察) <input type="checkbox"/> 未 ・9～10か月児健診 <input type="checkbox"/> 済(健康・要観察) <input type="checkbox"/> 未 <発達> 首がすわったのはいつですか _____ 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 _____ 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 _____ か月ごろ～ ・ まだしていない はいはいをしたのはいつですか _____ か月ごろ～ ・ まだしていない つかまり立ちをしたのはいつですか _____ か月ごろ～ ・ まだしていない ひとり歩きをしたのはいつですか _____ 歳 _____ か月ごろ～ ・ まだしていない 2語文などを言いますか(ワンワン キタ、マンマ チョウダイ等) はい ・ いいえ				

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			
氏名			
携帯電話番号			
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。		<input type="checkbox"/> ① 労働 <input type="checkbox"/> ③ 疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④ 介護等 <input type="checkbox"/> ⑤ 災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥ 求職 <input type="checkbox"/> ⑦ 就学 <input type="checkbox"/> ⑧ 不存在 <input type="checkbox"/> ⑨ その他	<input type="checkbox"/> ① 労働 <input type="checkbox"/> ② 出産 <input type="checkbox"/> ③ 疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④ 介護等 <input type="checkbox"/> ⑤ 災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥ 求職 <input type="checkbox"/> ⑦ 就学 <input type="checkbox"/> ⑧ 不存在 <input type="checkbox"/> ⑨ その他
① 労働・ ⑦ 就学	※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。 <small>※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。</small>		
	勤務形態	常勤・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		
	所在地		
	採用・就学(予定)年月日	年 月 日	年 月 日
	勤務・就学日数	週 日 または 月 日	週 日 または 月 日
	就労日	月・火・水・木・金・土・日・不定期	月・火・水・木・金・土・日・不定期
	勤務・就学時間	時 分～時 分	時 分～時 分
通勤・通学時間	片道 時間 分 (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)	
育児休業期間	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(予定)日		年 月 日
③ 疾病・障害	産休中の方 (期限) 年 月 日まで		
	病名・障害名		
③ 疾病・障害	障害の等級	種 級・度	種 級・度
	状況	入院中・通院(週・月 回)・その他	入院中・通院(週・月 回)・その他
④ 介護等	※介護を必要とする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。		
	介護を受ける親族	氏名 続柄 (同居・別居)	氏名 続柄 (同居・別居)
	病名等		
④ 介護等	介護の状況	在宅・入院・通院通所・その他	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。	
⑤ 災害	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。 <small>※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。</small>	
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()

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 type="checkbox"/> 保育短時間利用(最長8時間保育) <small>※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。</small>
希望する利用時間	時 分～時 分 <input 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 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。