

教育・保育給付認定申請書兼入所（利用）申込書

令和△年△△月△△日

保護者氏名 一関 太郎

一関市長 様
(一関市福祉事務所長 様)

次のとおり教育・保育給付認定を申請します。また、保育所等への入所（利用）を申し込みます。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳等の有無
	いちのせき じろう 一関 次郎	令和 △△年△月△△日生(△歳)	男・女	有・無
保護者の住所・電話番号	(住所)〒000-0000 一関市00町00-0	(電話番号) 000-000-0000		

※「保育所等」とは、保育園・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、事業所内保育をいいます。

①世帯の状況（※別世帯であっても、同居している方は全員記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校名等	障害者手帳等の有無	備考
入所児童の世帯員	いちのせき たらう 一関 太郎	父	S△△年△△月△日	男・女	(株)000	有 無	同居 別居
	いちのせき はなこ 一関 花子	母	S△△年△△月△日	男 女	(株)□□□	有 無	同居 別居
	いちのせき いちろう 一関 一郎	兄	H△△年△△月△日	男・女	000小学校	有 無	
	いちのせき せきお 一関 関男	祖父	S△△年△△月△日	男 女		有 無	
	いちのせき せきこ 一関 関子	祖母	S△△年△△月△日	男 女		有 無	
	いちのせき せきたろう 一関 関太郎	曾祖父	S△△年△△月△日	男・女		有 無	身障手帳1級
生活保護の状況			適用なし 適用あり(年 月 日保護開始)				

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和△年 4 月 1 日から 年 月 日まで 小学校就学前
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望 000園 (希望理由) 以前、兄が利用していたため
	第2希望 ▲▲▲▲園 (希望理由) 延長保育を実施しているため
	第3希望 □□□□園 (希望理由) 自宅から近いため
	第4希望 (希望理由)
	第5希望 (希望理由) (※希望は最大で第5希望まで記入できます)

③保育の利用を必要とする理由等

続柄	必要とする理由
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他()
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他()

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。
保護者氏名(自署) 一関 太郎

⑤保育園、認定こども園（保育部分）での利用可能時間の希望について

<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）
--

(※利用時間は保護者の事由や、就労時間等で決まりますので、希望した利用時間に該当しない場合があります。)

健康状況等調査票

記入例

お子さんの母子健康手帳を参考に、あてはまる項目に☑チェックまたは記入してください。
 保育所に入所されるお子様の大切な命を守るために必要な情報になりますので、ありのままをご記入ください。

記入日	令和 ■ 年 11 月 1 日	児童氏名	一関 次郎 (1 歳 6 か月)
・出生の体重 2,860 g ・首のすわり <input checked="" type="checkbox"/> 4 か月頃から <input type="checkbox"/> これから ・かるがも教室等に通ったことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳いずれかをお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		・妊娠期間 40 週 ・歩行開始 <input checked="" type="checkbox"/> 1 歳 2 か月頃から <input type="checkbox"/> これから	
・けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: 1 歳 0 か月頃から 回数: 2 回 原因(診断名): (熱性けいれん) 状況: <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療を受けていない			
・アレルギー検査を行ったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (1 年 1 月頃)		・アレルギーはありましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (スギ、ハウスダスト、卵)	
・今までに食物によるアレルギー反応がでたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい アレルゲン: (卵) 医師から除去食の指示がありますか: <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・現在、治療・通院していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: 0 歳 6 か月頃から 傷病名: (アトピー性皮膚炎) 医療機関: (●●皮膚科) 通院状況: 年 1 回・月 1 回・週 1 回・不定期 現在の状況: (薬を塗ることにより、症状は安定している。)			
・現在、服薬している薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 朝 昼 晩 薬名: () 服薬理由: (肌が荒れやすく、医師からこまめに薬を塗るよう指導されているため。) 園への投薬依頼: <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
・入院、手術をするなど大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: 0 歳 10 か月頃 病名: (RSウイルス) 状況: <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中			
・乳幼児健診の受診状況を教えてください ▶3~4か月児健診 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶9~10か月児相談 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶1歳6か月児健診 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶2歳6か月児歯科健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 未受診) ▶3歳児健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 未受診)		・乳幼児健診等で医師等から、指導・助言などされたことがあればご記入ください 低体重のため保健師に栄養指導を受けたが、現在は平均体重になっている。	
・子育てで心配していることや困っていること、相談している機関(発達支援相談、市保健師など)はありますか 発語が遅く、令和●年11月に発達支援相談を受けたことがある。			
・医療的ケアの要否※医療的ケアとは経管栄養(経鼻・胃ろう)、導尿、インスリン注射など日常的に医療行為を必要とする場合をいいます。 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 医療的ケアの種類: ()			
その他、入園後の生活や健康、発達、行動面など保育をする上で気を付けてほしい点をご記入ください。			

私は一関市保育所等入園案内を全て読み、教育・保育給付認定申請書兼入所(利用)申込書及び提出書類に虚偽がないことを誓い申し込みます。なお、事実と異なる場合や書類の提出がなされない場合、入所決定の取り消しや退園となっても異議はありません。また、入所調整のため必要な家庭・健康状況等を利用希望の保育所等に情報提供することに同意します。

保護者名 **一関 太郎**

○家庭の状況についてご記入ください。

		父			母			
父母の状況	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯(<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 / 年 月 日(頃)から <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の世帯						
	1月1日時点の住所	R●1.1時点の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外: (都道府県 市区町村)			R●1.1時点の住所 <input type="checkbox"/> 一関市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外: (岩手 都道府県 ●● 市区町村)			
	(就労の場合)園から職場への移動時間	第1希望 30 分	第2希望 20 分	第3希望 分	第1希望 分	第2希望 分	第3希望 分	
	(求職活動の場合)求職活動の状況	<input type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める			<input checked="" type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める			
祖父母の状況	祖父	氏名	一関 関男 (▲▲ 歳)			千厩 千男 (▲▲ 歳)		
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居: (都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居: (宮城 都道府県 ●● 市区町村)		
		就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(<input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 無職		
		身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護			<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護		
	祖母	氏名	一関 関子 (▲▲ 歳)			千厩 千子 (▲▲ 歳)		
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居: (都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居: (宮城 都道府県 ●● 市区町村)		
		就労状況	<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> 就労(<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input checked="" type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職		
		身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護			<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護		
きょうだい同時申込時の希望					③	⑤の場合 ()		
その他の事項	* 現在のお子さんの状況について							
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育(<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父母 <input type="checkbox"/> 母方祖父母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用している(施設名:) <input type="checkbox"/> 親族(続柄:)に預けている <input type="checkbox"/> 就労先に同伴している <input type="checkbox"/> その他()							
	* 入所できなかった場合の対応について							
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父母 <input type="checkbox"/> 母方祖父母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用する(施設名:) <input checked="" type="checkbox"/> 職場復帰する ⇒子どもは、 <input checked="" type="checkbox"/> 父方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 母方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 就労先に同伴する <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和____年____月____日まで延長可能)							
	* 家計の主宰者(生計維持者)について							
	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()							
	* 連絡先(日中連絡がつく電話番号を記入してください。)							
TEL: ○○○-○○○○-○○○○	父	携帯	自宅	TEL: ○○○-○○○○-○○○○	母	携帯	自宅	
TEL: △△△△-△△-△△△△	他()	携帯	自宅	他()	他()	携帯	自宅	
* 保育を希望する利用時間について								
利用曜日	月 曜日から	金 曜日	利用時間	午前7 時から	午後5 時			

↑
 きょうだい同時に申し込む場合、「保育所等入園案内」のP10を参照の上、希望の番号をご記入ください。

「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行され、保育所や認定こども園、地域型保育事業等を利用する際の提出書類に、個人番号(マイナンバー)の記載が義務付けられました。

皆様の保育料・利用者負担額や保育・教育に係る給付額を正しく算定するため、個人番号(マイナンバー)のご記入をお願いします。

個人番号(マイナンバー)届出書

一関市長 様

提出日 令和〇年 △月 △日

保育・教育施設の利用にあたり、個人番号(マイナンバー)を利用し、税情報等を確認することに同意し、下記のとおり保護者及び同居世帯員の個人番号(マイナンバー)を届け出ます。

氏名 一関 太郎
(保護者)

ふりがな 保護者氏名	児童との 続柄	個人番号(マイナンバー)													
いちのせき たろう 一関 太郎	父	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	0	1

個人番号を確認できる書類を提示してください。

(下記①~③のいずれか)

- ①個人番号カードまたは写し
- ②通知カードまたは写し+本人確認書類
- ③個人番号記載の住民票または住民票記載事項証明書+本人確認書類

※本人確認書類については裏面をご確認ください。

- ◇児童を含む同居している方全員の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
◇単身赴任等で別住所になっている保護者及び生計を同一にする子どもについても記入をお願いします。

ふりがな 世帯員氏名	保護者との 続柄	個人番号(マイナンバー)													
いちのせき はなこ 一関 花子	妻	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	0	2
いちのせき いちろう 一関 一郎	子	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	0	3
いちのせき じろう 一関 次郎	子	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	0	4
いちのせき せきお 一関 関男	父	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	1	1
いちのせき せきこ 一関 関子	母	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	1	2
いちのせき せきたろう 一関 関太郎	祖父	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	1	3

個人番号を確認できる書類の添付は不要です。

《担当課確認欄》

個人番号確認書類	本人確認書類	
	写真付き身分証明書 (1点)	その他本人確認書類 (2点必要)
<input type="checkbox"/> 個人番号カード (本人確認資料不要) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票、住民票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児扶証書 <input type="checkbox"/> その他