

教育・保育給付認定申請書

令和 ●年 ●月 ●日

保護者氏名 松山 太郎

東松山市長 宛て

次のとおり、教育・保育給付認定の申請をします。

|                |   |              |    |                                       |
|----------------|---|--------------|----|---------------------------------------|
| 申請に係る小学校就学前子ども | (ふりがな)<br>氏名  | 生年月日         | 性別 | 障害者手帳の有無                              |
|                | まつやま いちろう<br>松山 一郎  | 令和 ●年 ●月 ●日生 | 男  | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 保護者住所・連絡先      | (住所) 〒355-8601<br>東松山市松葉町1-1-58   |              |    |                                       |
|                | (連絡先)<br>090-○○○○-××××  |              |    |                                       |
| 認定者番号          | (既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。)   |              |    |                                       |
| 保育の希望の有無(※)    | <input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。) |              |    |                                       |
|                | 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)  |              |    |                                       |
| 認定(入所)希望日      | 令和 ●年 ●月 ●日から希望   |              |    |                                       |

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定子ども園(保育所機能部分)、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。(以下同じ。)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園(幼稚園部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①及び②に、「無」を○で囲んだ場合は①に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

| 区分   | (ふりがな)<br>氏名  | 児童との続柄 | 生年月日    | 性別 | 職業<br>又は<br>学校名等 | 個人番号         |
|--|---|--------|---------|----|------------------|--------------|
| 児童の世帯員   | まつやま いちろう<br>松山 一郎  | 本人     | ●年●月●日生 | 男  |                  | □□□□□□□□□□   |
|  | まつやま たろう<br>松山 太郎   | 父      | ●年●月●日生 | 男  |                  | ○○○○○○○○○○○○ |
|  | まつやま はなこ<br>松山 花子   | 母      | ●年●月●日生 | 女  |                  | △△△△△△△△△△   |
| <div style="border: 2px solid yellow; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #ffff00;"> <p>※提出の際は窓口で「世帯全員分のマイナンバーカード(マイナンバーカードのほか、マイナンバー入り住民票、通知カード(令和2年5月25日以降に氏名や住所変更等を行った場合は無効。))でも代用可能です。」及び「窓口来庁者の本人確認書類(顔写真付きのものは1枚、顔写真なしのものは2枚)」をご提示いただきます。</p> </div> |   |        |         |    |                  |              |
| 生活保護の適用の有無   | <input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ <input type="radio"/> 適用有り ( 年 月 日保護開始) |        |         |    |                  |              |

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。\*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

②保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

※（ ）内には、「記入上の注意」に記載されている、保育の認定基準で当てはまるものの番号を1つだけ記入してください。

|               | 続柄                                    | 必要とする理由  | 備考 |
|---------------|---------------------------------------|--|----|
| 保育の利用を必要とする理由 | 父                                     | ( ① ) 労働<br>(具体的な状況(勤務先、疾病の状況など))<br>週5日一般事務の仕事をしている |    |
|               | 母                                     | ( ① ) 労働<br>(具体的な状況(勤務先、疾病の状況など))<br>週4日販売員の仕事をしている  |    |
| 希望保育時間        | ① 保育標準時間(1日最大11時間) ・ 2 保育短時間(1日最大8時間) |  |    |

③申請に当たって同意していただく事項

- 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、市が行う教育・保育給付認定に必要な申請者又は同居親族の市町村民税の情報及び世帯情報の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 子ども・子育て支援法施行規則第7条第1項の規定に基づき、上記の情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して通知します。

\*市記載欄

|       |       |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| 認定の可否                          | 認定者番号 | 認定区分等   |
|--------------------------------|-------|---|
| 可・否<br>(否とする理由)<br><br>年 月 日認定 |       | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 支給(入所)の可否                      |       | 支給(利用)期間  |
| 可・否<br>(否とする理由)                |       | 自 年 月 日<br>至 年 月 日  |
| 入所施設(事業者)名                     |       |   |
| 備考                             |       |   |

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

|       |       |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

|              |                |
|--------------|----------------|
| 施設(事業者)名     | (事業所番号: )      |
| 担当者氏名<br>連絡先 | (担当者)<br>(連絡先) |
| 入所契約(内定)の有無  |                |
| 備考           |                |

父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）

児童氏名 松山 一郎 生年月日 令和●年 ●月 ●日

在所中 在所保育施設名

申請中 ( 令和● )年( ● )月入所希望で申請

※在所中か申請中のいずれかに  
☑をつけてください。

## 自営業用就労状況申告書

※自営業の方は、御自身で御記入ください。

※事業を営んでいることが分かる書類を必ず添付してください。

(例) 営業許可書、開業届、商業登記簿謄本、委託契約書、確定申告書等

本申告書及び添付書類と併せて、  
就労証明書（ご自身で記入したも  
の）もご提出ください。

|                     |   |
|---------------------|---|
| 業種及び仕事の内容<br>(具体的に) |   |
| 事業規模                | 社員数 (親族 人・一般 人)   |
| 職場と住居の状況            | <input type="checkbox"/> 職場と住居が同一<br><input type="checkbox"/> 職場と住居が同一同じ建物内または隣接 ( <input type="checkbox"/> 玄関が同じ <input type="checkbox"/> 玄関が分かれている )<br><input type="checkbox"/> 職場と住居が離れている (職場所在地 : ) |
| 給与形態                | <input type="checkbox"/> 固定給を受け取る (源泉徴収票 有・無)<br><input type="checkbox"/> 実働日数・時間に応じて日給・時間給として受け取る<br><input type="checkbox"/> 売上 (出来高) による<br><input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> その他…  |
| 所得税の申告              | <input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> 源泉徴収<br><input type="checkbox"/> その他…  |

### 【一週間の就労状況】

※自営業や、複数か所勤務の方は平均的な1週間の状況を御自身で御記入ください。

※勤務時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

| 時<br>日 | 6 | 7 | 8    | 9 | 10 | 11 | 12  | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18   | 19 | 20 | 21 |
|--------|---|---|------|---|----|----|-----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|
| 月      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 火      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 水      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 木      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 金      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 土      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 日      |   |   |      |   |    |    |     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |
| 例      |   |   | 開店準備 |   | 販売 |    | 昼休憩 |    | 販売 |    |    |    | 経理事務 |    |    |    |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| (保護者記入欄)                                |                       |
| ① 父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）         |                       |
| 児童氏名                                    | 松山 一郎 生年月日 令和●年 ●月 ●日 |
| <input type="checkbox"/> 在所中            | 在所保育施設名 _____         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 | ( 令和● )年( ● )月入所希望で申請 |
| ※在所中か申請中のいずれかに<br>☑をつけてください。            |                       |

※

以下は医師に記入してもらってください。

## 診 断 書

東松山市長 宛て

令和 ●年 ●月 ●日

医療機関名 医療法人△△会 ○○病院

所在地 東松山市○○町△-△-△

医師名 若松 ひとし

次のとおり診断する。

|  |          |
|--|----------|
| 氏 名  | 松山 太郎    |
| 生 年 月 日  | ●年 ●月 ●日 |
| 診 断 名  | ○○△△病    |
| 児童の保育についての所見   |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である |          |
| <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が困難な状況である             |          |
| <input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状況である         |          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                             |          |
| 今後の状況  |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない             |          |
| <input type="checkbox"/> _____か月以上治る見込みがない                   |          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                             |          |
| 備 考  |          |

注 意 事 項  
(記入者様へ)

- お手数ですが、上記事項を漏れないようにご記入ください。
- この書類に関する費用の負担は請求者(患者)になります。

|   |                       |   |                |
|---|-----------------------|---|----------------|
| 児童氏名                                    | 松山 一郎                 | 生年月日  | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 |
| <input type="checkbox"/> 在所中            | 在所保育施設名               | ※在所中か申請中のいずれかに<br><input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 | ( 令和● )年( ● )月入所希望で申請 |   |                |

## 障害状況等申告書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

東松山市長 あて

住 所 東松山市松葉町1-1-58

保護者氏名 松山 太郎

保育施設入所の申込みにあたり、障害等により入所希望の児童の保育ができない状況について  
次のとおり申告します。

|       |   |    |               |
|-------|---|----|---------------|
| 氏 名   | 松山 太郎   | 続柄 | (児童からみて)<br>父 |
| 住 所   | 東松山市松葉町1-1-58   |    |               |
| 障害の程度 | <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br>□ 1級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級 □ 3級 □ 4級以下<br>□ 精神障害者保健福祉手帳<br>□ 1級 □ 2級 □ 3級<br>□ 療育手帳<br>□ ① □ A □ B □ C<br>□ その他 ( ) |    |               |
| 障害の状況 | (日常生活での支障の程度をご記入ください)<br>介助なしでの単独歩行が困難  |    |               |

症状の確認できるものを必ず  
提出してください。

## 注意事項

- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2 各種手帳の写しや診断書など、症状が確認できるものを添付してください。

父・母・祖父・祖母（この証明の該当者に○をしてください。）

児童氏名 松山 一郎 生年月日 令和● 年 ● 月 ● 日

在所中 在所保育施設名

申請中 (令和●)年(●)月入所希望で申請

※在所中か申請中のいずれかに をつけてください。

## 介護・看護状況申告書

令和● 年 ● 月 ● 日

東松山市長 宛て

【介護・看護を行っている方】 住 所 東松山市松葉町1-1-58  
氏 名 松山 太郎

支給認定の申請に当たり、保護者が介護・看護を行っている状況について次のとおり申告します。

|               |   |              |              |
|---------------|---|--------------|--------------|
| 介護・看護が必要な方の氏名 | 松山 松輔   | 必須要件：月64時間以上 | 父            |
| 介護・看護が必要な方の住所 | 東松山市松葉町1-1-58   | 介護時間数        | 一週間当たり 31 時間 |
| 介護・看護を必要とする理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳（ <u>身体</u> ・精神・療育） <u>2</u> 級 <input type="checkbox"/> 要介護（度数： ）<br><input type="checkbox"/> 要支援（度数： ） <input type="checkbox"/> その他（病名： ） |              |              |
| 施設入所状況        | <input type="checkbox"/> 介護保険施設・障害者施設等に入所・通所している（施設名： ） <input type="checkbox"/> 入所・通所していない   |              |              |

【一週間の介護状況】 ※平均的な1週間の介護状況を御自身で御記入ください。  
※時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

| 時<br>日 | 6 | 7 | 8    | 9 | 10 | 11 | 12   | 13 | 14   | 15 | 16 | 17         | 18 | 19 | 20 | 21 |
|--------|---|---|------|---|----|----|------|----|------|----|----|------------|----|----|----|----|
| 月      |   |   | 病院付添 |   |    |    | 食事介助 |    |      |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 火      |   |   |      |   |    |    | 食事介助 |    |      |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 水      |   |   |      |   |    |    | 食事介助 |    | 外出付添 |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 木      |   |   |      |   |    |    | 食事介助 |    |      |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 金      |   |   | 病院付添 |   |    |    | 食事介助 |    |      |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 土      |   |   |      |   |    |    | 食事介助 |    | 外出付添 |    |    | 夕食・排泄・入浴介助 |    |    |    |    |
| 日      |   |   |      |   |    |    | 食事介助 |    |      |    |    |            |    |    |    |    |
| 例      |   |   | 病院付添 |   |    |    | 食事介助 |    | 外出付添 |    |    |            |    |    |    |    |

症状の確認できるものを必ず提出してください。

- 注意事項
- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
  - 2 介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類（各種手帳の写しや、介護保険被保険者証の写し、診断書など）を添付してください。
  - 3 施設入所・通所状況等に関しては、担当課に照会することがあります。

# 就 労 誓 約 書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

東松山市長 宛て

私は、下記内容のとおり現在求職活動中であるため、児童の保育施設入所に当たっては、直ちに保育が必要であることの証明書類(就労証明書)を提出することを誓約します。

もし、下記の期限までに提出できない場合には、教育・保育給付認定が取り消され、又は保育施設の入所契約が解除されることに同意します。

記

指定期限・・・・・・・・支給認定証の有効期限(支給認定証の効力発生月から3ヶ月間)

|         |   |
|---------|---|
| 求職活動の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 現在活動中(令和 ● 年 ● 月から)<br>・活動の内容<br><input type="checkbox"/> 会社訪問等(週 日程度、現在 社応募中)<br><input checked="" type="checkbox"/> ハローワークで就職相談等(週 ● 日程度)<br><input type="checkbox"/> その他(現在の活動状況)<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 就労先が内定している(平成 年 月 日から勤務開始予定)<br>・内定先名称 [ ]<br>・内定先所在地 [ ]<br>・内定先電話番号 [ ]<br><b>※内定先にて就労証明書を記入してもらい、提出してください。</b><br><input type="checkbox"/> これから活動予定(平成 年 月から) |
| 希望職種    | 事務職   |
| 希望勤務形態  | <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他( )   |
| 希望勤務時間  | 午前●時●分・午後 9時 0分 ~ 午前●時●分 1日( 7 時間 )   |
| 希望勤務日数  | 週 5 日勤務 / 1か月 20日   |

上記のとおり、相違ありません。

住 所 東松山市松葉町1-1-58

氏 名 松山 花子 (※)

(※) 署名又は記名押印(氏名が自署の場合は押印不要)

|   |                       |                              |                |
|---|-----------------------|------------------------------|----------------|
| 児童氏名                                    | 松山 一郎                 | 生年月日                         | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 |
| <input type="checkbox"/> 在所中            | 在所保育施設名               | ※在所中か申請中のいずれかに<br>☑をつけてください。 |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 | ( 令和● )年( ● )月入所希望で申請 |                              |                |

(保護者記入欄)

父・母・祖父・祖母 (この証明の該当者に○をしてください。) 通学時間 30 分

児童氏名 松山 一郎 生年月日 令和 年 ● 月 ● 日

在所中 在所保育施設名 \_\_\_\_\_

申請中 ( 令和● )年( ● )月入所希望で申請

※在所中か申請中のいずれかに をつけてください。

※ 以下は在学先で記入してもらってください。

## 在学証明書

東松山市長 宛て

令和 ●年 ●月 ●日

学校所在地 東松山市○○町△-△-△  
 学校名 学校法人○○学園  
 代表者名 高坂 ひとし  
 電話番号 0493-□□-☆☆☆☆  
 作成担当者 △△ □□

次のとおり在学中であることを証明する。

|  |   |  |               |                      |  |
|--|---|--|---------------|----------------------|--|
| 氏名   | <u>松山 太郎</u>                                    |  | 住所            | <u>東松山市松葉町1-1-58</u> |  |
| 入学年月日  | <u>令和●年 ●月 ●日</u>                               |  | 卒業年月日<br>(予定) | <u>令和●年 ●月 ●日</u>    |  |
| 通学日数   | 月 <u>16</u> 日                                   |  |               |                      |  |
|  | 週 <u>4</u> 日                                    |  |               |                      |  |
| 就学内容   | <u>○○○○学部</u>                                   |  |               |                      |  |
| 授業時間<br>*1週間の平均的な授業時限を○で囲んだ上で、在学時間(その日の最初の講義開始時間から最後の講義終了時間)を記入してください。 | 月曜  | <u>1限</u> ・ <u>2限</u> ・ <u>3限</u> ・ <u>4限</u> ・ <u>5限</u> ・6限・7限 |               |                      |  |
|  |   | <u>9時 0分</u> から <u>18時 15分</u> まで                                |               |                      |  |
|  | 火曜  | 1限・2限・3限・4限・5限・6限・7限   |               |                      |  |
|  |   | 時 分から 時 分まで  |               |                      |  |
|  | 水曜  | <u>1限</u> ・ <u>2限</u> ・ <u>3限</u> ・ <u>4限</u> ・5限・6限・7限          |               |                      |  |
|  |   | <u>10時 45分</u> から <u>16時 30分</u> まで                              |               |                      |  |
|  | 木曜  | <u>1限</u> ・2限・ <u>3限</u> ・ <u>4限</u> ・5限・ <u>6限</u> ・7限          |               |                      |  |
|  | <u>9時 0分</u> から <u>20時 0分</u> まで                |  |               |                      |  |
| 金曜   | 1限・ <u>2限</u> ・ <u>3限</u> ・ <u>4限</u> ・5限・6限・7限 |  |               |                      |  |
|  | <u>10時 45分</u> から <u>16時 30分</u> まで             |  |               |                      |  |
| 土曜   | 1限・2限・3限・4限・5限・6限・7限                            |  |               |                      |  |
|  | から 時 分まで  |  |               |                      |  |
| 合計   | 週 <u>31.75</u> 時間                               |  |               |                      |  |
| 備考   |   |  |               |                      |  |

- 注意事項 (記入者様へ)
- お手数ですが、上記事項を漏れのないように御記入ください。
  - 記入の無い欄は斜線を引くか「当該欄記入なし」と記入し、空欄のままにしないようお願いいたします。
  - 記載内容について、担当課から証明者に確認・問合せをさせていただく場合があります。
  - 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。

## 家庭状況調査票

|      |       |
|------|-------|
| 児童氏名 | 松山 一郎 |
|------|-------|

## ①保護者の状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

|                              |  |  |   |  |                                       |
|------------------------------|--|--|---|--|---------------------------------------|
| 父の状況<br>(いずれか1つに☑)           | <input checked="" type="checkbox"/> 就 労  | <input checked="" type="checkbox"/> 勤務中  | <input type="checkbox"/> 被雇用                    | <input type="checkbox"/> 自営業 (□居宅内/□居宅外) | <input type="checkbox"/> 単身赴任 (勤務地: ) |
|                              | ※育児復帰含む  | <input type="checkbox"/> 採用予定  | 通勤状況:片道 ( 1 ) 時間 ( ) 分                          |  | 通勤手段: ( 電車 )                          |
|                              | <input type="checkbox"/> 求職活動  | <input type="checkbox"/> 該当する項目に☑をしてください ) 月から   |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 疾病障害  | 病名、障害名: ( ) 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 級)         |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 看護介護  | 被看護、被介護者氏名: ( ) 病名、障害名: ( )  |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 就 学   | 期間: ( ) 年 ( ) 月から ( ) 年 ( ) 月まで  |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 災害復旧  | 内容: ( )  |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 不 在   | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |  |                                       |
| 母の状況<br>(いずれか1つに☑)           | <input checked="" type="checkbox"/> 就 労  | <input checked="" type="checkbox"/> 勤務中  | <input type="checkbox"/> 被雇用                    | <input type="checkbox"/> 自営業 (□居宅内/□居宅外) | <input type="checkbox"/> 単身赴任 (勤務地: ) |
|                              | ※育児復帰含む  | <input type="checkbox"/> 採用予定  | 通勤状況:片道 ( ) 時間 ( 30 ) 分                         |  | 通勤手段: ( 車 )                           |
|                              | <input type="checkbox"/> 求職活動  | <input type="checkbox"/> 求職活動中   | <input type="checkbox"/> これから活動予定 ( ) 年 ( ) 月から |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 妊娠出産  | 出産予定日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日   |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 疾病障害  | 病名、障害名: ( ) 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 級)         |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 看護介護  | 被看護、被介護者氏名: ( ) 病名、障害名: ( )  |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 就 学   | 期間: ( ) 年 ( ) 月から ( ) 年 ( ) 月まで  |   |  |                                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 災害復旧  | 内容: ( )  |   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> 不 在 | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |  |                                       |

|     |               |     |               |    |              |
|-----|---------------|-----|---------------|----|--------------|
| 父携帯 | 080-●●●●-×××× | 母携帯 | 080-●●●●-×××× | 自宅 | 0493-●●-×××× |
|-----|---------------|-----|---------------|----|--------------|

## ②ひとり親世帯等の状況（該当する方は☑をしてください。）

※提出書類に漏れがある場合、利用調整（選考）や保育料の算定に影響する場合があります。

| 現在の状況                                   | 提出が必要な証明書類           |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ひとり親世帯         | 児童扶養手当受給者証の写し、戸籍謄本等  |
| <input type="checkbox"/> 離婚調停手続き中       | 離婚調停（裁判）を証明する書類の写し   |
| <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯       | 受給者証の写し              |
| <input type="checkbox"/> 父又は母が医療受給者証を所持 | 医療受給者証の写し            |
| <input type="checkbox"/> 同居者が障害者手帳を所持   | 障害者手帳の写し             |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給    | 認定通知書の写し             |
| <input type="checkbox"/> 同居者が障害基礎年金を受給  | 年金証書の写し及び直近の振込通知書の写し |

## ③祖父母の状況

※同居の64歳（R7.4.1時点）以下の祖父母は保育を必要とする証明書類を提出してください。

(R7.4.1時点の年齢)

| 父方 | 祖父  | 祖母          | 母方                  | 祖父   | 祖母  | 年齢 | 就 労 | 有 無   |
|----|---|-------------|---------------------|--|---|----|-----|---|
| 父方 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居<br><input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 | 氏名<br>松山 松輔 | 住所<br>東松山市松葉町1-1-58 | 70   | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 | 70 | 就 労 | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 |
|    | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居<br><input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 | 氏名<br>松山 松子 | 住所<br>東松山市松葉町1-1-58 | 70   | <input type="checkbox"/> 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 |    |     |   |
| 母方 | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居<br><input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 | 氏名<br>東 三郎  | 住所                  | 64歳以下 (令和7年4月1日時点) で同居の祖父母がいる場合は、同居祖父母分の保育を必要とする事由の書類 (就労証明書等) を提出してください。<br>提出されない場合は、減点の対象となります。 | 有<br>無<br>有<br>無  |    |     |   |
|    | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居<br><input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 | 氏名<br>東 愛子  | 住所                  |  |   |    |     |   |

④児童の保育状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

|         |  |   |  |
|---------|--|---|--|
| 現在の保育状況 | <input type="checkbox"/> 親族等が保育している  | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/>  | <p><b>「認定こども園」「認可外保育施設」「幼稚園」に在籍している場合、「保育室等在籍証明書」（市様式あり）の作成を施設に依頼し、提出してください。</b></p> |
|         | <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く  | <input type="checkbox"/> 父の職場 <input type="checkbox"/> 母の   |  |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> 保育施設等に預けている  | 施設名：（<br>施設類型 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 小規模保育施設 <input type="checkbox"/> 認定こども園（※）<br><input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設（※） <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> ベビーシッター<br><input type="checkbox"/> 幼稚園（※） <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |
| な入った場所と | <input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設、幼稚園等に預ける <input type="checkbox"/> 祖父母、親族に預ける<br><input type="checkbox"/> 職場に連れて行く（職場内保育施設 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）<br><input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 入所できるまで待つ<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |   |  |

※ 「保育室等在籍証明書」を提出してください。

⑤入所に関する確認事項（該当する方はいずれか1つに☑してください。）

|                        |   |                               |
|------------------------|---|-------------------------------|
| 1. 復職予定で（育児休業明け）お申込みの方 | 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 入 | <b>育児休業中の就労証明書を提出し、復職予定の方</b> |
| 2. 就労開始予定で（内定）お申込みの方   | 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 就 | <b>内定の就労証明書を提出した方</b>         |
| 3. 求職活動でお申込みの方         | 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 入 | <b>就労誓約書を提出した方</b>            |

⑥育児休業の延長について

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| 育児休業の延長について | 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 入 | <p>「希望する保育施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できません。」</p> <p><b>保留を確約するものではありません</b></p> <p>希望しま</p> |
|-------------|---|---|

※ 「-30点」の減点となった場合でも、入所を希望した保育施設に空きがある場合は入所となります。（年度途中も含む。）この場合、保留通知は発行されません。

※ 該当しなくなった場合は、教育・保育給付認定の変更申請書の提出が必要となります。身分証明書を御持参の上、各月の申請の締切日までに保育課窓口まで御来庁ください。

⑦2人以上の児童の入所を希望される方への確認事項（既にきょうだいが入所中の場合も含む。）

Q1 全員同じ月同じ園に入所できる場合のみ希望しますか。

はい。（別々の園や一人だけ入所できる場合でも全員待機になります。）→【質問終わり】

いいえ。→【Q2、Q3へ】

Q2 入所条件について以下のどちらを希望しますか。

全員同じ月に入所できるなら別々の園でも希望する。（該当月に一人だけ入園できる場合でも全員待機になります。）

一人でも入所できる園があれば希望する。 ※多胎児の場合 優先児童名（ ）

Q3 複数の園に入所できる場合どちらを優先しますか。

同じ園を優先する。（上位希望で別々の園になるより、下位希望でも同じ園を優先する。）

希望順位を優先する。（下位希望の同じ園になるより、別々の園でも上位希望の園を優先する。）

**希望する内容に☑をしてください。  
※該当しない場合は、記入不要です。**

⑧児童の健康状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

|      |  |                        |
|------|--|------------------------|
| 健康状況 | 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。                                  |                        |
|      | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 有の場合 病院・施設名：（ ） 病名：（ ） |
| 健康状況 | アレルギーや宗教上の理由等により、集団給食で除去する必要がある食材はありますか。                         |                        |
|      | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 有の場合 除去食：（ ） 症状：（ ）    |

⑨その他の確認事項（該当する項目に☑や内容を記入してください）

|               |  |                              |
|---------------|--|------------------------------|
| 令和6年1月1日時点の住所 | <u>東松山市</u> ・それ以外（ ）   | <b>現住所と異なる場合には記載をお願いします。</b> |
| 令和7年1月1日時点の住所 | <u>東松山市</u> ・それ以外（ ）   |                              |
| 保育施設への送迎手段    | <input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                              |

# 保育施設利用申込書

東松山市長 宛て

令和 ● 年 ● 月 ● 日

保護者住所 東松山市松葉町1-1-58

保護者氏名 松山 太郎

電話番号 080-●●●●-××××

下記のとおり、保育施設の利用を希望します。

|       |            |                |  |
|-------|------------|----------------|--|
| ふりがな  | まつやま いちろう  | 生年月日           |  |
| 児童氏名  | 松山 一郎      | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 |  |
| 入所希望月 | 令和 ● 年 ● 月 | 入所希望           |  |

＜注意事項＞（下記事項を確認し、保護者氏名欄に署名してください。）

- 希望の高い順に利用調整（選考）を行いますので、必ず希望の高い順に記載してください。
- 希望保育施設に記載した施設のみ利用調整の対象となります。
- 見学の有無にかかわらず申請は可能ですが、各園の特徴等を確認してもらうことから、お子様との見学をお願いしております。なお、施設見学時は、次の点を施設に確認してください。
  - ・保育時間（開所時間、閉所日）、保育内容、保育料以外の実費負担額
  - ・お子様の発育や病気・障害等の状況、食物アレルギーの対応
  - ・その他不明な点等
- 入所内定後、上記3の確認をしておらず、施設での受入れが困難であると判断された場合入所ができなくなる可能性があります。
- 入所の決定を辞退した場合、次回以降の利用調整において減点の対象となります。

注意事項1から5について、確認及び了承しました。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

| 希望保育施設<br>(見学した施設に☑してください。) | 見学の<br>状況                | 園によって入所年齢が異なります。令和7年度<br>4月1日時点の年齢で、希望施設の入所年齢を<br>満たしているか必ず確認してください。<br>※0歳児クラスの場合は、入所時点の月数で<br>ご確認ください。      | 見学の<br>状況                |
|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 第1希望 <u>まつやま保育園</u>         | <input type="checkbox"/> | 兄弟姉妹2人以上の申込で「 <b>同時に同園の入所</b> 」を希望する場合は、希望順を兄弟姉妹で必ず同じにしてください。   | <input type="checkbox"/> |
| 第2希望 <u>わかまつ保育園</u>         | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第3希望 <u>たかさか保育園</u>         | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第4希望 <u>からこ保育園</u>          | <input type="checkbox"/> | 市外の園を希望する場合は以下の点にご注意ください。<br>・園名及び市町村名を記入してください。<br>・該当市町村の締切日の10日前までにご提出ください。<br>・該当市町村の申込要件を満たしているかご確認ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 第5希望 <u>●●保育園 (▲▲市)</u>     | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第6希望                        | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第7希望                        | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第8希望                        | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第9希望                        | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 第10希望                       | <input type="checkbox"/> | 第20希望   | <input type="checkbox"/> |

児童の健康に関する質問票

記入日：令和●年●月●日

|                    |  |  |   |           |                          |                               |
|--------------------|--|--|---|-----------|--------------------------|-------------------------------|
| ふりがな               | まつやま いちろう  |  | 性別  | 生年月日      |                          | 令和7年4月1日<br>時点での年齢<br>( 0 歳)  |
| 児童氏名               | 松山 一郎  |  | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女                                    | 令和●年●月●日生 |                          |                               |
| 生育歴(出生期)           | 分娩時の状態   | 分娩週数   | <input type="radio"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( ) |           |                          |                               |
| (乳児期)              | 授乳ほか   | 体重   | <input type="radio"/> g   | 身長        | <input type="radio"/> cm |                               |
|                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 | ※保育園に入園後は、粉ミルクが基本になりますので入園前に慣れさせておいてください。   |           |                          |                               |
|                    |  | 離乳食開始  | か月  | 離乳食完了     | か月                       |                               |
|                    | 発達状態   | 首のすわり  | <input type="radio"/> か月  | 寝返り       | <input type="radio"/> か月 | おすわり <input type="radio"/> か月 |
|                    |  | ハイハイ   | <input type="radio"/> か月  | つかまり立ち    | <input type="radio"/> か月 | 歩き始め <input type="radio"/> か月 |
|                    |  | 歯の生え始め   | <input type="radio"/> か月  | 言葉の言い始め   | <input type="radio"/> か月 |                               |
| 健康状態<br>体質・気質等     | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい<br><input checked="" type="checkbox"/> 発熱を伴うけいれんをおこしたことがある <input type="checkbox"/> 熱のないけいれんをおこしたことがある<br>(発症年齢：1歳 1か月/回数：2回) (発症年齢：歳 か月/回数： )<br><input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい<br><input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 湿疹・じんま疹が出やすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい<br><input checked="" type="checkbox"/> 人・場所見知りが多い <input type="checkbox"/> 急に怒りだすことが多い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い<br><input checked="" type="checkbox"/> 音や光に敏感である <input type="checkbox"/> 脱臼したことがある(部位： )<br><input checked="" type="checkbox"/> その他持病、病歴、入院歴等(花粉症、ぜんそく、アナフィラキシーショックによる入院歴有)   |  |   |           |                          |                               |
| 食物アレルギー            | <input type="checkbox"/> 離乳食 未開始 【アレルギー用調整粉乳： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(品名： )】<br><input type="checkbox"/> なし<br><input checked="" type="checkbox"/> あり【原因食物 <input checked="" type="checkbox"/> 鶏卵・牛乳・乳製品・小麦・そば・落花生・えび・かに・その他( )】<br>【発症年齢： 1歳 3か月】<br>【発症時の状況(何をどのくらい食べて、どういう対処をしたのか等)】<br>[ 卵焼きを食べた直後、体全身に発疹が出たあと、呼吸困難となり、救急車を要請。そのまま入院となった。<br>【症 状】 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状(じんま疹・かゆみ・唇の腫れなど)<br><input type="checkbox"/> 消化器症状(口の中のかゆみ・吐気・嘔吐・腹痛・下痢 など)<br><input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・くしゃみ・鼻づまり・鼻水・のどのかゆみ・声がれ・喘鳴・呼吸困難 など)<br><input type="checkbox"/> 循環器症状(脈が速い・脈が不規則・顔面蒼白 など)<br><input type="checkbox"/> 神経症状(元気がない・不安・恐怖感・ぐったり・意識がもうろうとする など)<br>【現在の状況(除去の程度や治療の経過等)】<br>[ 医師の診断書に基づき、現在鶏卵を用いた食事を完全に除去している。<br>【給食・離乳食： <input type="checkbox"/> 通常どおり <input checked="" type="checkbox"/> 除去が必要(鶏卵) )]<br>【食物・食材を扱う活動： <input type="checkbox"/> 通常どおり <input checked="" type="checkbox"/> 配慮が必要(卵殻を扱う活動は不可) )]<br>アナフィラキシーの既往<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【発症年齢： 歳 か月/対処法： ]<br>エピペンの処方 処方薬の有無<br><input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり【薬名：ザジデンドライシロップ ] |  |   |           |                          |                               |
| 健診受診状況             | *受診した健診に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください<br><input checked="" type="checkbox"/> 1か月健診 <input checked="" type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診<br><input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 5歳児健診 <input type="checkbox"/> その他( )<br>*健診受診時の指導 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )<br>*事後フォロー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )   |  |   |           |                          |                               |
| 健康面や発育面で<br>気になること | 言葉の遅れがあり、○○○教室と○○○クリニックに定期的に通っている。   |  |   |           |                          |                               |

|         |          |    |
|---------|----------|----|
| ※面接者記入欄 | 面接日： 月 日 | 担当 |
|         |          |    |

# 保育施設転所申込書

令和 ●年 ●月 ●日

東松山市長 宛て

**転所の申込みは、本申込書と併せて以下書類をご提出ください。**  
・児童の健康に関する質問票

保護者住所 東松山市松葉町1-1-58

松山 太郎

電話番号 090-XXXX-XXXX

下記のとおり、保育施設の転所を希望します。

|       |               |       |      |             |
|-------|---------------|-------|------|-------------|
| 在所児童  | ふりがな氏名        | 松山 一郎 | 生年月日 | 令和 ●年 ●月 ●日 |
|       | 在所施設名         | □□保育園 | クラス  | 現在 ● 歳児クラス  |
| 転所希望月 | 令和 ●年 ●月 転所希望 |       |      |             |

＜注意事項＞（**申込前に必ず確認してください。**）

- 転所決定後（選考後）は、いかなる場合でも元の保育施設へ戻ることはできません。
- 転所決定後（選考後）は、いかなる場合でも元の保育施設へ戻ることはできません。
- 転所申込みを取下げする場合は、毎月の入所（転所）申込期限までに担当課へ申し出てください。
- 見学の有無にかかわらず申請は可能ですが、各園の特徴等を確認してもらうことから、お子様との見学をお願いしております。なお、施設見学時は、次の点を施設に確認してください。
  - ・保育時間（開所時間、閉所日）、保育内容、保育料以外の実費負担額
  - ・お子様の発育や病気・障害等の状況、食物アレルギーの対応
  - ・その他不明な点等
- 転所内定後、上記4の確認をしておらず、施設での受入れが困難であると判断された場合転所保留（現在在所している施設を継続）となる可能性があります。

注意事項1から5について、確認及び了承し

**転所希望保育施設は複数記入できます。なお、兄弟姉妹と同じ施設のみを希望した場合に限り、調整加点の対象となります。 ※それ以外の場合は、調整減点の対象となります。**

|                           |   |       |                          |      |       |                          |
|---------------------------|---|-------|--------------------------|------|-------|--------------------------|
| 転所希望保育施設名（見学した施設に☑してください） | 第1希望  | ××保育園 | <input type="checkbox"/> | 第3希望 | ○○保育園 | <input type="checkbox"/> |
|                           | 第2希望  | △△保育園 | <input type="checkbox"/> | 第4希望 |       | <input type="checkbox"/> |
| 転所理由                      | <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹が在所している <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> その他（ ） |       |                          |      |       |                          |
| 2人以上の児童の転所を希望する場合         | <input type="checkbox"/> 同時に同じ保育施設に転所できなければ転所しない（同時同施設のみ希望）<br><input type="checkbox"/> 1人でも転所できれば転所する          |       |                          |      |       |                          |
| 備考                        | ※保育施設に既に入所している兄弟姉妹（ <u>いる</u> ・ いない ）<br>氏名（ 松山 花子 ） 生年月日（令和●年●月●日） 施設名（ まつやま保育園 ）                              |       |                          |      |       |                          |