

R4

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定（現況届）申請書（兼）  
事業所利用（調整）申込書（兼）保育児童台帳



西脇市長 様

令和 年 月 日申請

住 所	〒 ー 西脇市	電 話 番 号	
		自 宅	ー ー
ふりがな		父携帯	ー ー
保護者氏名		母携帯	ー ー

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定及び教育・保育の事業所利用（調整）を申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 児童について	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日 平成・令和 年 月 日	2022年4月1日現在の年齢 歳
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。)				
保育希望の 有無*	<input type="checkbox"/> 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。）			
	<input type="checkbox"/> 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。）			

※・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所部分）、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、認定こども園（幼稚園部分）をいいます。

1 世帯の状況（児童と同居の世帯員）

児童と同居の世帯員	氏 名	続柄	生年月日	性別	2022年4月1日時点の 勤務先・学校名等	備 考
		父	昭・平 年 月 日	男		
		母	昭・平 年 月 日	女		
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			

2 保育料の軽減対象について

家庭の状況（ひとり親世帯）	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり → <input type="checkbox"/> 児童扶養手当認定世帯 → <input type="checkbox"/> 遺族年金受給世帯
世帯員の障害者手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり（氏名： ）（児童との続柄： ） →手帳等の種類：（身障・療育・精神・特別児童扶養手当・障害基礎年金）
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり

3 利用を希望する期間及び利用希望保育所等

幼稚園又は認定こども園（幼稚園部）に入園を希望する場合、入園が内定している施設名を第1希望欄に記入してください。

利用を希望する期間	20 年 月 初日から	<input type="checkbox"/> 小学校入学前まで <input type="checkbox"/> 20 年 月 末日まで	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転部 <input type="checkbox"/> 転園 ※転部…幼稚園部⇄保育園部の変更
利用を希望する施設（事業者）名	第1希望	保 育 所 認 定 こ ど も 園 幼 稚 園 (希望理由)	利用希望時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 保育短時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 教育標準時間(幼稚園部)
	第2希望	保 育 所 認 定 こ ど も 園 幼 稚 園 (希望理由)	利用希望時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 保育短時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 教育標準時間(幼稚園部)
	第3希望	保 育 所 認 定 こ ど も 園 幼 稚 園 (希望理由)	利用希望時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 保育短時間(保育園部) <input type="checkbox"/> 教育標準時間(幼稚園部)
第1～第3希望の施設に入れなかった場合	<input type="checkbox"/> 空きが出るまで待つ <input type="checkbox"/> 入れるのなら他の施設でもよい		

#### 4 保育を必要とする理由

保護者の就労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は該当項目に☑を記入してください。  
(幼稚園又は認定こども園(幼稚園部)利用希望の場合は記入不要です。)

保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 死亡・離婚等の理由により不在 <input type="checkbox"/> その他( )	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 死亡・離婚等の理由により不在 <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---	---	---	--

#### 5 祖父母の状況 (西脇市外の場合も必ずご記入ください。)

続柄	ふりがな 氏名	年齢 (4/1時点)	同居所 (○)	住所 ※別住所の場合は地番まで	勤労状況等
父方	祖父				<input type="checkbox"/> 就労(時間/日勤務、日/月勤務) <input type="checkbox"/> 病気等 <input type="checkbox"/> その他( )
	祖母				<input type="checkbox"/> 就労(時間/日勤務、日/月勤務) <input type="checkbox"/> 病気等 <input type="checkbox"/> その他( )
母方	祖父				<input type="checkbox"/> 就労(時間/日勤務、日/月勤務) <input type="checkbox"/> 病気等 <input type="checkbox"/> その他( )
	祖母				<input type="checkbox"/> 就労(時間/日勤務、日/月勤務) <input type="checkbox"/> 病気等 <input type="checkbox"/> その他( )

#### 6 児童の状況 (幼稚園利用希望の場合は記入不要です。)

身体状況	目は	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えづらい	<input type="checkbox"/> メガネ使用	<input type="checkbox"/> 不明
	耳は	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえづらい	<input type="checkbox"/> 補聴器使用	<input type="checkbox"/> 不明
	言葉は	<input type="checkbox"/> よくしゃべる	<input type="checkbox"/> 単語のみ	<input type="checkbox"/> あまりしゃべらない	<input type="checkbox"/> 不明
	ひきつけ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(月に/週に	回ぐらい)	
	薬の服用	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(薬名:	)	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(種類:	)	
	除去食	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(種類:	)	
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 申請中(種類: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(部位:	)/ <input type="checkbox"/> 療育手帳)
乳幼児健康診査受診状況	<input type="checkbox"/> 3か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 (受診したもの全てに☑を入れてください。)				
健診時に医師等から 指導はありましたか	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	健診時に次のとおり指導があった。		
	指導内容				
既往症(今までにかかった大きな病気)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等: 時期(いつ): )				
個別対応が必要なことはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: )				

#### 7 個人情報の提供等に当たっての署名欄

西脇市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定の教育・保育施設等に対して提示すること及びこの申請書の写しを利用内定の施設・事業所に送付することに同意します。  
また、4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中し、審査に時間を要することから、教育・保育給付認定証及び審査結果の通知は、利用調整の結果とともに2月中旬頃に届くことを承諾します。

保護者氏名

Ⓜ

【記入はここまで】

※市記入欄

認定の可否	<input type="checkbox"/> 可	認定者番号	認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
	<input type="checkbox"/> 否	理由:		
入所の可否	<input type="checkbox"/> 可	支給(利用)期間	20 年 月 日~ 20 年 月 日	認定日
	<input type="checkbox"/> 否	理由:		
入所施設(事業者)名			備考	

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

施設(事業者)名	(事業者番号: )	受付年月日	20 年 月 日
入園契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(20 年 月 日契約(内定)) <input type="checkbox"/> 無	備考	