

R6

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

受付印

西脇市長 様

令和 年 月 日申請

住所	〒 西脇市	電話番号	自宅	—	—
ふりがな		父携帯	—	—	
申請保護者		母携帯	—	—	

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・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	生年月日	2024年4月1日現在の年齢
		男・女	平成・令和 年 月 日	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 <input type="checkbox"/> 無	保護者の労働等の理由により、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。) 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 利用を希望する期間及び利用希望保育所等

利用を希望する施設名を記入してください。※継続利用を希望する場合は、現在利用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い場合の確認事項	<input type="checkbox"/> 空きが出るまで待つ(上記園のみで希望)		<input type="checkbox"/> 市内園(8園)全て希望

2 利用調整における確認事項(継続児は記入不要) ※該当する場合のみ記入してください。

きょうだいで同時に利用申込みしている場合の確認事項	①きょうだいで利用できる場合 <input type="checkbox"/> 希望順位より同じ施設を利用することを優先してほしい。 <input type="checkbox"/> 別々の施設でも良いので希望順位の高い施設を利用することを優先してほしい。
※育児休業からの復職予定での申込みの場合、1人でも入所となった場合には復職が必要です。	②きょうだいのいずれかしか利用できない場合 <input type="checkbox"/> 同時に申請したすべての子どもが同時に利用できないと希望しない。 <input type="checkbox"/> 【児童名】は利用させたい。 <input type="checkbox"/> どの子どもが先でも利用する。
育児休業からの復職予定で利用申込みしているが希望の施設に入れない場合の確認事項	<input type="checkbox"/> 予定どおり復職する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(年 月 月まで) →育児休業延長後、利用可能になった場合 <input type="checkbox"/> 育児休業を繰り上げて復職する <input type="checkbox"/> 復職しない

3 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:(身体・療育・精神・特別児童扶養手当・障害基礎年金) 手帳等の写しを添付してください。
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり

4 保育を必要とする事由

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。こども園(幼稚園部)利用希望の場合は記入不要

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業(継続児のみ) <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"/> 育児休業(継続児のみ) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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()
---	--	---	---

5 世帯の状況（児童と同居の世帯員）

児童と同居の世帯員	ふりがな氏名	続柄	生年月日	性別	2024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			

6 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	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（ ）

7 児童の状況

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	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（頻度： 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：	） エピペン： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
	除去食	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（種類：	）	
	特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 申請中（種類： <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神）	
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（部位： ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神）		
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：	手術の有無：		現在の状況：	
				）	
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：	）			

8 同意・承諾事項

- 西脇市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定及び利用者負担額の算定に必要な情報※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特定教育・保育施設等に送付することに同意します。
※市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）、住民基本台帳の世帯情報、障害に関する情報、福祉サービス利用の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、特別児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費等助成の情報等
- 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。
- 副食費に係る助成の対象となる場合において、利用内定の特定教育・保育施設等が助成金の交付申請及び受領を行う場合は、これに同意します。
- 保育を利用する場合で、保育の利用を必要とする理由その他の状況に変更が生じたときには、教育・保育給付認定及び利用者負担額に変更が生じることを理解し、市が実情を正確に把握するために、必要書類を添えて速やかに申請します。なお、市が就労状況について勤務先の雇用主等その他関係者に対して調査することに同意します。申請を怠り、又は虚偽の申請を行った場合に、認定の取消しとなったとしても異議はありません。

申請保護者署名

（表面記載の保護者と同一人が署名してください。）