

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	2025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（種別： <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。）				
健診時における保健師・医師等からの指導	<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				
発達について	発達相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 発達検査 年 月 <input type="checkbox"/> 実施予定 <input type="checkbox"/> 実施				
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： 病院： 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教育・保育給付の認定、利用調整及び利用者負担額の算定のために必要な情報(※)を確認又は閲覧すること、当該情報のうち適切な教育・保育の提供に必要となる情報を特定教育・保育施設等に提示すること並びに当該情報に基づき決定した情報及びこの申請書の写しを利用内定の特定教育・保育施設等に提供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、発達・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、乳幼児健康診査の受診情報等
- 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。）