

洲本市長　様
洲本市福祉事務所長　様

保護者氏名_____

次のとおり、教育・保育給付認定の申請及び保育の利用（保育の希望が有の場合のみ）の申込みをします。
なお、適切な教育・保育給付を提供するため、他の地方公共団体、主治医、教育・保育施設等との情報共有を行うことに同意します。

申請児童	氏名		生年月日	性別	第○子
	(ふりがな)		年　月　日生	男・女	兄弟姉妹の__子目
保護者	住所	〒 洲本市	自宅電話	—　—	
		----- (2年以内に転入された方は、以下に前住所をご記入ください。)	携帯 (　)	—　—	
		年　月　日転入	携帯 (　)	—　—	
保育の希望の有無	<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				
	<input type="checkbox"/> 無　幼稚園等の利用を希望する場合				

1. 世帯の状況

児童の世帯員	ふりがな 氏　　名	児童との続柄	生　年　月　日	性別	職業(勤務先)又は学校名等	備　考
			年　月　日生	男・女		
			年　月　日生	男・女		
			年　月　日生	男・女		
			年　月　日生	男・女		
			年　月　日生	男・女		
			年　月　日生	男・女		
ひとり親家庭		在宅障害児(者)のいる世帯			生活保護の有無	
<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		(氏名： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当)			(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年　月　日保護開始)	

※児童扶養手当又は特別児童扶養手当を受給している場合は、その証書の写しを添付してください。
※在宅障害児(者)のいる世帯は、身体障害者手帳、療育手帳等の写しを添付してください。

2. 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年　月　日から <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年　月　日まで		
利用を希望する施設(事業者)名 ※第2希望以降、記入がない場合は、希望施設のみで利用調整を行います。	施設(事業者)名		希　望　理　由
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
	第4希望		
	第5希望		
兄弟姉妹の利用調整 ※2人以上新規申込の場合	<input type="checkbox"/> 希望順位が下位の施設になっても、同施設を希望 <input type="checkbox"/> 別施設になっても、希望順位が上位の施設を希望		

※保育の希望が「有」の場合は、裏面もご記入ください。【表面】

3. 保育の利用を必要とする理由等（※保育の利用を希望する場合のみ記入してください。）

	続柄	理由	備考
保育の利用を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ※具体的な状況（就労時間・日数等や疾病の状況など）	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ※具体的な状況（就労時間・日数等や疾病の状況など）	
希望する利用時間等	<input type="checkbox"/> 保育標準時間を希望 （7時30分～18時30分） <input type="checkbox"/> 保育短時間を希望 （8時00分～16時00分）		利用時間
			時 分 から 時 分 まで

4. 家庭の状況

父親 状況	父親の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ <input type="checkbox"/> 死亡、 <input type="checkbox"/> 離婚、 <input type="checkbox"/> 行方不明、 <input type="checkbox"/> その他）					年 月 日から			
	心身の状況		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気・心身障害等（）								
母親 状況	母親の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ <input type="checkbox"/> 死亡、 <input type="checkbox"/> 離婚、 <input type="checkbox"/> 行方不明、 <input type="checkbox"/> その他）					年 月 日から			
	心身の状況		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気・心身障害等（）								
	出産予定の有無		<input type="checkbox"/> 有（令和 年 月 日 予定） <input type="checkbox"/> 無								
児 童 の 状 況			心身の発育状況		<input type="checkbox"/> 気になるところがない <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 未熟 <input type="checkbox"/> 疾病						
			身 辺 自 立 性		(1) 食事 <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 食べさせる (2) 着脱 <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> してやる (3) 用便 <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> しらせる <input type="checkbox"/> おむつをしている						
			言語・社会性		(4) 言葉のおくれ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (5) 友だち <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
			健康診査の 受 診 状 況		<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない						
			指 摘 事 項		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（）						
			大きな病気		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（）						
			アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他）						
			除去食の必要性		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他）						
			特 記 事 項 ※発育状況等心配 なことがあれば記 入してください。		身体障害者手帳・療育手帳の交付を受けている場合又は障害児通所支援事業を行う事業所（児童サポートセンターわたぼうし等）に通所している場合は、児童の状況を詳しく記入してください。						
保 育 の 状 況			誰が保育しているか		<input type="checkbox"/> 家族（） <input type="checkbox"/> 保育施設・託児所（施設名）						
祖 父 母 の 状 況					氏 名	年 齢	職 業	健康状態	現 住 所		
			父 方	祖父					(電話)		
				祖母							
			母 方	祖父					(電話)		
				祖母							