

平成31年度保育所等利用申込書 兼 支給認定申請書

平成 年 月 日

保護者 住所

(アパート等名)

北島町長 宛

氏名

自宅電話

携帯電話(父)

携帯電話(母)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請児童	氏名 (ふりがな)	生年月日 平成 年 月 日	性別 男・女	障がい者手帳の有無 有・無	備考
	個人番号				
	認定者番号(認定済の場合)				

第1希望保育所等又は現在利用中の保育所等へ必要書類を提出する場合は、個人番号を記載しないでください。

①家族の状況

区分	氏名 (ふりがな)	申請児童との続柄	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	職業・学校等名 (平成31年4月1日時点)	障がい者手帳の有無 有・無	備考
申請児童の家族	個人番号	父	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無	
	平成30年1月1日時点の住所				平成31年1月1日時点の住所		
	個人番号	母	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無	
	平成30年1月1日時点の住所				平成31年1月1日時点の住所		
	個人番号		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無	
	個人番号		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無	
個人番号		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無		
個人番号		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女		有・無		
生活保護適用の状況		□有(平成 年 月 日生活保護開始)・□無					
家庭の状況		□ひとり親家庭・□左記以外					

※住民票上の世帯ではなく、同居家族について全員分をご記入ください。(父母については別居している場合もご記入ください。)

※平成30年及び平成31年1月1日時点で父母の住所が北島町にない場合は、住所をご記入ください。

第1希望保育所等又は現在利用中の保育所等へ必要書類を提出する場合は、個人番号を記載しないでください。

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用希望施設名	第1希望	第5希望
	第2希望	第6希望
	第3希望	第7希望
	第4希望	第8希望
利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	特記事項

※「利用を希望する期間」は年度末までで、保育の実施が必要とする理由に該当すると見込まれる期間の範囲内でご記入ください。

※年度当初については、利用希望施設以外に利用決定する場合があります。

※利用希望施設が少ないことを理由として、希望施設への利用を優先することはありません。

※「特記事項」欄には、利用調整にあたり考慮すべき事情等がある場合にご記入ください。

○文字は楷書ではっきりと書いてください。なお、□欄については、該当する項目にチェック“☑”を入れてください。

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	保育を必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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(勤務先、疾病、介護の状況など)をご記入ください。 ()	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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(勤務先、疾病、介護の状況など)をご記入ください。 ()	
育児休業取得中の場合、その期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
希望する利用時間	利用を希望する曜日		利用を希望する時間(24時間表記)
	□月・□火・□水・□木・□金・□土		: から : まで

※「曜日」は利用を希望する曜日にチェック「☑」を入れ、「時間」は7:00から19:00の範囲(24時間表記)でご記入ください。

※実際の保育の利用時間については、保護者の就労時間等の実情に応じて、必要な範囲内での利用となります。

④施設利用調整に関する確認事項

兄弟姉妹で同時に申請する場合	利用調整を行うにあたっての優先事項
	<input type="checkbox"/> 希望順位よりも、同じ施設を同時に利用できることを優先する <input type="checkbox"/> 別々の施設になっても、少しでも希望順位の高い施設を利用できることを優先する
	1人だけ利用可能になった場合
申請児童の弟妹の保育状況	<input type="checkbox"/> 1人だけでも利用する。(※後日、利用できなかった児童について保育状況を確認します) <input type="checkbox"/> 全員が同時に利用できるまで待つ (⇒ <input type="checkbox"/> 同じ施設を同時に利用できるまで待つ <input type="checkbox"/> 別々の施設でもよい) <input type="checkbox"/> 全員が同時に利用できない場合は申請を取り下げる
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設を利用 <input type="checkbox"/> 自宅で父母以外の親族が保育 <input type="checkbox"/> 自宅以外で父母以外の親族が保育 <input type="checkbox"/> 自営業などで就労しながら保育 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)

※「申請児童の他に就学前児童がいない」「兄弟姉妹が、認可保育所や幼稚園を利用中(利用予定)」等、上記の確認事項に該当しない場合は、記入の必要はありません。

⑤税情報の提供等に当たっての同意欄

・北島町が施設型給付費及び地域型保育給付費の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者及び同居親族を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、施設等に対して提示すること。

・記載された個人番号を、北島町が子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付の支給に関する事務に利用すること。個人番号の記載がない場合は、北島町が職権で個人番号を閲覧すること。

・虚偽の届出をした場合や、記入事項に事実と相違する内容があった場合、利用承諾が取消になることがあること。

・記載事項に変更があった場合、利用前、利用後に関わらず連絡すること(届出が必要な場合があります)。

・年度当初における支給認定については、認定事務等が集中し審査に時間を要することから、3月中に通知すること。

・記入事項について、確認のため保護者及び勤務先等に連絡することがあること。

以上の事項について、同意します。 保護者氏名: _____ ㊞

↓ここから下は記入の必要はありません。

※北島町記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	認定区分	□2号・□3号 (□標準時間・□短時間)
認定の可否 (否とする理由)	□可・□否	支給(利用)期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
支給(入所)の可否 (否とする理由)	□可・□否	入所施設名	
		備考	

児童票 I (幼児用家庭状況調査表)

様式 2

平成 年 月 日記入

ふりがな		性別	生年月日	血液型	平熱	緊急連絡先	電話	続柄
児童氏名			年 月 日			①		
ふりがな		続柄	住 所			②		
保護者氏名						自宅電話		
かかりつけの 病院名	内 科 病院名 住 所	電話 ()		外 科 病院名 住 所	電話 ()		健康保険	
							種 類	記 号
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	健康状態	勤 務 先	連絡(電話)	勤 務 時 間	
							平 日	~
							土曜日	~
							平 日	~
							土曜日	~
通 園 に 関 す る こ と	<u>略図及び地域の環境</u>						N 4	
	※ 自宅近くにある目標となる建物からご記入下さい。							
	通常の送迎者	(送り)				(迎え)		
	代理の送迎者	(送り)				(迎え)		
通園方法					所要時間			

発 育 歴	出生状況	分娩	安産 ・ 難産 ()		出生時体重 ()g					
	栄養	母乳 ・ 人工 ・ 混合			離乳はじめ()か月		断乳()か月			
	発育	良い ・ 普通 ・ 不良			その他特記事項					
発 育 歴	笑う	()か月	首がすわる	()か月	寝返り	()か月	玩具をにぎる	()か月		
	人見知り	()か月	お座り	()か月	はいはい	()か月	つかまり立ち	()か月		
	独立立ち	()か月	歩行	()か月	始語	()か月	歯の生えはじめ	()か月		
幼 児 の 保 健 状 況 が た	食事	量 朝：(多い・普通・少ない)、 昼：(多い・普通・少ない)、 夜：(多い・普通・少ない) 方法 (箸 ・ スプーン ・ 手づかみ) 時間 ()分 食物アレルギー () 苦手な食品名 ()								
	排泄	大便 (硬便 ・ 普通 ・ 軟便 ・ 下痢 ・ 便秘) 夜尿 (する ・ 時々する ・ しない) おむつ (している ・ していない)								
	睡眠	就寝 ()時 起床 ()時 昼寝 (する (分位) ・ しない) ねつき (良い ・ 悪い) 目覚め (良い ・ 悪い) 添い寝 (する ・ しない)								
	着衣	ひとりできる ・ 手助けをすればできる ・ できない								
	清潔	手洗い (ひとりできる ・ 手助けすればできる ・ できない) 洗顔 (ひとりできる ・ 手助けすればできる ・ できない) 歯磨き (ひとりできる ・ 手助けすればできる ・ できない) うがい (ひとりできる ・ 手助けすればできる ・ できない)								
	言葉	めいりょう ・ 不めいりょう 気になること()								
	遊び	友だちと遊ぶ ・ ひとりで遊ぶ ・ 大人と遊ぶ				好きな遊び ()				
	保 健 状 況	受けた 予防接種	三種混合 四種混合	ポリオ (生・不活化)	麻しん 風しん	BCG	日本脳炎	Hib	肺炎球菌	水痘
			1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月	年月 B型肝炎 1. 年月 2. 年月 3. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	1. 年月 2. 年月 3. 年月 4. 年月	年月 その他 () 年月
	病 癍 及 び 体 質	既往症	麻疹 ()歳 風疹 ()歳 水痘 ()歳 中耳炎 ()歳 百日咳 ()歳 肺炎 ()歳 脱臼 ()歳 流行性耳下腺炎 ()歳 _____ ()歳 _____ ()歳 _____ ()歳 _____ ()歳							
ひきつけ ヘルニア アレルギー疾患 ()		ぜんそく 風邪ひきやすい 脱臼 (部位:) 心臓疾患 その他注意を要する事項								
保 育 歴	主に子育てをした人 (父 母 ・ 祖 父 母 ・ そ の 他) 保育所経験 (歳 か月 ~ 歳 か月) 保育所名 ()									
そ の 他	お子さんのことで気にかかることや、不安なことがあれば記入してください。									