

# 教育・保育給付認定申請書 (2号・3号 保育認定用) (兼)現況届 (兼)令和2年度(2020年度)特定教育・保育施設等利用等申込書

※いずれか選択  
新規申込  
認定区分変更  
 (1号→2号)  
移行  
現況届

越谷市長 宛

子ども・子育て支援法による教育・保育給付認定及び認定の現況並びに児童福祉法による特定教育・保育施設等の利用等について、次のとおり申請(届出)します。

この申請(届出)による教育・保育給付認定、特定教育・保育施設等の利用等及び利用者負担額の決定に必要な、小学校就学前子どもの属する世帯及び当該小学校就学前子どもと生計を一にする世帯の全てに係る市が保有する個人情報の利用及び入所施設等への提供に、当該全ての者が同意しています。

令和 年 月 日

(申請・届出者) (保護者)	現住所	〒 ー ※転入前の方も「現住所」を記入			市 収 受 印
	ふりがな				
	氏名 ※自署してください	電話番号 ※日中連絡のつきやすい順に複数記入 ① ー ー □父携帯・□母携帯 □自宅・□( ) ② ー ー □父携帯・□母携帯 □自宅・□( ) ③ ー ー □父携帯・□母携帯 □自宅・□( )			クラス年齢
	平成31年1月1日 及び 令和2年1月1日 の住所	平成31年(2019年)1月1日→( )市・区 町・村			歳児

区分	氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	現入所施設等
申請・届出に係る小学校就学前子ども	ふりがな	本人	平成・令和	R2.4.1 現在	男・女	現入所施設名( ) 所在市区町村名( )
			歳	職業等		未就学児～小学生の状況(R2.4)
(申請・届出者、単身赴任や離婚前提で別居の方を含む) その他の同居人等		父	昭・平	歳		申請・届出児童の兄弟姉妹が、小学校・幼稚園・保育所・認定こども園・地域型保育等に在籍している場合は、下欄に施設等の名称を記入してください。 (小学校在籍の場合は学年も記入)
		母	昭・平	歳		
			明・大・昭・平・令	歳		施設名 ※小学生の場合 R2.4.1 現在( )年生
			明・大・昭・平・令	歳		施設名 ※小学生の場合 R2.4.1 現在( )年生
			明・大・昭・平・令	歳		施設名 ※小学生の場合 R2.4.1 現在( )年生

希望する認定区分	保育認定 ( <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 )
認定希望期間 (利用を希望する期間)	令和 年 月 1日から <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで

対象保育所(園)・認定こども園保育部分・地域型保育 希望する特定教育・保育施設等	第1希望	母の出産予定	生活保護の状況	在宅障がい者の状況	
	第2希望	□有 出産予定日 ( . . ) □無	□有 開始年月日 ( . . ) □無	□有 氏名 ( 種 級 ) □無	
	第3希望				
	第4希望	(市記入欄)			
	第5希望	市町村民税額		勤務証明 <input type="checkbox"/> 児童状況	
	第6希望以下(あれば)	市民税 均等割		<input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> エントリーシート	
	所得割		<input type="checkbox"/> 課税証明 <input type="checkbox"/> 母子手帳		
	兄弟入所	在所・新規	人	<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 面接	
	●通える範囲で希望順に記入してください。希望順・申込順にかかわらず、指数の高い児童からあっせんします。 ●必ず具体的な施設等の名称をお書きください。			<input type="checkbox"/> その他( )	

※申請・届出者(保護者)欄に記入された方が利用者負担等の納付義務者となります。

## 保育を必要とする理由

当てはまるものに チェックしてくだ さい。  ※「保育施設・ 幼稚園等のご案内」を確認し、 必要な証明書類 を提出してくだ さい。	母の状況	父の状況
	<input type="checkbox"/> 就労 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>外勤</li> <li><input type="checkbox"/>居宅外自営 <input type="checkbox"/>居宅内自営</li> <li><input type="checkbox"/>内職 <input type="checkbox"/>就労内定</li> </ul> <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学(内定) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業(期間 . . . ~ . . . ) <input type="checkbox"/> 病気・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 不存在 <ul style="list-style-type: none"> <li>①事由発生時期 年 月(頃)</li> <li>②理由 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>離婚 <input type="checkbox"/>未婚</li> <li><input type="checkbox"/>失踪 <input type="checkbox"/>拘禁</li> <li><input type="checkbox"/>離婚前提の別居(□調停中)</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul> <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>外勤</li> <li><input type="checkbox"/>居宅外自営 <input type="checkbox"/>居宅内自営</li> <li><input type="checkbox"/>内職 <input type="checkbox"/>就労内定</li> </ul> <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学(内定) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業(期間 . . . ~ . . . ) <input type="checkbox"/> 病気・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 不存在 <ul style="list-style-type: none"> <li>①事由発生時期 年 月(頃)</li> <li>②理由 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>離婚 <input type="checkbox"/>未婚</li> <li><input type="checkbox"/>失踪 <input type="checkbox"/>拘禁</li> <li><input type="checkbox"/>離婚前提の別居(□調停中)</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul> <input type="checkbox"/> その他( )

※記載内容と事実が異なる場合、教育・保育給付認定を取り消すことがあります(教育・保育給付認定が取り消されると、特定教育・保育施設(保育所等)、特定地域型保育事業を利用している場合は退所となります。)

※期限内に保育の必要性を証明する書類の提出がなかった場合は、求職中(就労先未定)の指数とします。

※申請書を提出後、住所、連絡先、家族構成、就労状況等に変更が生じたときは、必要書類を添付のうえ、「教育・保育給付認定変更申請書(兼)内容変更届」を速やかに提出してください。  
 ただし、認定区分を保育認定(2号)から教育標準時間認定(1号)に変更する場合は、教育標準時間認定用の教育・保育給付認定申請書(第1号様式)により認定変更の申請をしてください。

## 祖父母の状況

	児童との続柄	氏名	住所 <small>(死去の場合は「不存在」とする ※同居に○を付けた場合は、「その他の同居人等」欄にも記入してください。)</small>	年齢 <small>(R2.4.1)</small>	職業	特記事項
父方	祖父		同居・別居(住所)・不存在			
	祖母		同居・別居(住所)・不存在			
母方	祖父		同居・別居(住所)・不存在			
	祖母		同居・別居(住所)・不存在			

※65歳未満の同居祖父母の方は、保護者と同様に保育の必要性を証明する書類が必要です。

## 利用調整に関する希望

・希望月(時期)に特定教育・保育施設等(保育所等)に入所できなかった場合

質問1	希望月(時期)の翌月以降は、 <input type="checkbox"/> 入所できるまで待つ <input type="checkbox"/> 申込みを取り下げる	⇒質問2へ
質問2	児童は、 <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する( 年 月 日まで(予定)) ↳ <input type="checkbox"/> 調整指数の減点を希望する ※調整指数No.29が適用されます。 <input type="checkbox"/> 調整指数の減点を希望しない <input type="checkbox"/> 父又は母が家庭で保育する <input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預ける(施設名: ) <input type="checkbox"/> 祖父母・親族・知人等に預ける <input type="checkbox"/> 勤務先に連れていく ⇒職場内託児施設(有・無) <input type="checkbox"/> 現在利用中の保育施設を継続する <input type="checkbox"/> その他( )	

・同時に2人以上申し込む場合

質問1	<input type="checkbox"/> 同時期に同じ施設等に入れなければ入所しない(同時入所) <input type="checkbox"/> 別々の施設等でもいいが、同時期でなければ入所しない(同時希望) ⇒質問2へ <input type="checkbox"/> 1人でも入所できれば入所する ⇒質問2へ ※多胎児の場合 優先児童名( )	
質問2	同時期に入所できる場合 <input type="checkbox"/> 上位希望で別々になるよりも、下位希望での同じ施設等を希望する(同所優先) <input type="checkbox"/> あくまで希望順位を優先する(別々の施設等でもよい)	

※上記以外の細かい希望には、基本的にお応えできません。

※1人だけ入所した場合も、就労、就学等の開始が必要です。

(市記入欄)

認定	認定の可否	認定年月日	支給(利用)期間	認定区分	父	母
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否(理由)	年 月 日	年 月 日 から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/>
支給	入所の可否	入所施設等		保育必要量		
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 否(理由)			<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> map 勤務 通勤	時間 時間
備考						

児童の状況

※申込書の一部のため全員記入が必要です。また、この内容は入所決定施設と共有します。

※面接時にお持ちください。

ふりがな 児童氏名		(男・女)	生年月日	平・令 年 月 日																																		
			第1希望の保育施設名																																			
保育の状況	<input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園・地域型保育・幼稚園・認可外保育施設に預けている <small>(認可外保育施設の場合は証明書を添付)</small>	施設名： _____ (平・令 年 月 日入所) 認可 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型保育)・ <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 保育時間： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 利用日数： _____ 週 _____ 日 月額保育料： _____ 円																																				
	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている	母・父・祖母・祖父・その他( _____ )	該当する方	過去に保育所・地域型保育・幼稚園・認可外保育施設に預けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 施設名( _____ )																																		
	<input type="checkbox"/> 勤務先に同行	母・父・祖母・祖父・その他( _____ )																																				
	<input type="checkbox"/> その他	職場内託児施設： 有・無 具体的状況： _____																																				
発達状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生時の体重 _____ g 妊娠期間 _____ 週</li> <li>・出産は順調でしたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・首がすわったのは <input type="checkbox"/> ( _____ か月頃) <input type="checkbox"/>すわっていない</li> <li>・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> ( _____ か月頃) <input type="checkbox"/>まだ</li> <li>・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> ( _____ か月頃) <input type="checkbox"/>まだ</li> <li>・呼ばれると振り向きますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・目が合いますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・ことばは <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>遅い <input type="checkbox"/>日本語を教えていない <input type="checkbox"/>その他( _____ )</li> </ul> <p>次の項目は、2歳から5歳までのお子様についてお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・落ち着きがなく、手を放すとどこに行くか分からないことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul>																																					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次の症状はありますか。</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>有無</th> <th>症状</th> <th>日常生活で気をつけていること</th> <th>薬の服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ぜん息</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アレルギー性鼻炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>じんましん</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>食物アレルギー</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エビペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </tbody> </table>				項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		( <input type="checkbox"/> エビペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用																																		
ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		( <input type="checkbox"/> エビペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																		
健康状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひきつけの経験 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(初回： _____ 歳 _____ か月のとき、この1年で起きた回数： _____ 回)</li> <li>・心身の障がい <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(障がい名： _____ )</li> <li>・排泄 <input type="checkbox"/>1人で可 <input type="checkbox"/>付き添えば可 <input type="checkbox"/>おむつ使用 <input type="checkbox"/>その他( _____ )</li> <li>・健診時の指摘事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済(指摘事項：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 _____ )</li> <li>3歳児健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済(指摘事項：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 _____ )</li> <li>その他 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済(指摘事項：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 _____ )</li> </ul> </li> <li>・病気や発達のことで治療・相談している病院や施設 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有→病院・施設名： _____</li> <li>病名・症状： _____</li> <li>服薬： 無・有(朝・昼・夕)</li> </ul> </li> <li>・健康上又は発達上気になること <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(具体的状況： _____ )</li> </ul>																																					

※市使用欄 面接担当者( \_\_\_\_\_ )