

様式第 1 号（第 3 条関係）

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

年 月 日

御代田町長 様
（ 管 理 者 ） 様

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定・現況を申請します。

申請する こども	氏名	性別	生年月日	
	フリガナ	☐ 男 ☐ 女	年 月 日	
	マイナンバー		歳	
住所	御代田町大字		連絡先	(携帯(続柄:)・他)
前住所	年 1 月 2 日以降御代田町に転入した場合記入			
保育の 希望の 有無	☐ 有 保護者の労働また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（幼稚園との併願を含む）→次の①～④もご記入ください。			
	☐ 無 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等との併願の場合を除く）→次の①、②、④もご記入ください。			

①世帯の状況

	氏名（フリガナ）	マイナンバー	こども との 続柄	生年月日	勤務先または 学校名等	障害者手帳 の有無
こども の 世帯 員				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無

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 年 月 日 まで			
利用を希望する施設 （事業者）名	施設（事業者）名・希望理由			
	第 1 希望		理由	
	第 2 希望		理由	
	第 3 希望		理由	

→裏面に続く

③保育の利用を必要とする理由 ※保育を希望する場合にご記入ください。

保育所等の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産（産前2か月・産後3か月） ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動（90日間） ☐ 就学 ☐ 育児休暇（認定可能期間有／要相談） ☐ その他（ ）		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産（産前2か月・産後3か月） ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動（90日間） ☐ 就学 ☐ 育児休暇（認定可能期間有／要相談） ☐ その他（ ）		
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産（産前2か月・産後3か月） ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動（90日間） ☐ 就学 ☐ 育児休暇（認定可能期間有／要相談） ☐ その他（ ）		
家庭の状況	☐ 生活保護家庭（ 年 月 日より） ☐ ひとり親家庭（ 年 月 日より） ☐ 障害者のいる家庭（ 年 月 日より） ☐ 上記以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から 曜日まで		時 分から 時 分まで	☐ 保育短時間 ☐ 保育標準時間

④申請するこどもの状態（以下の事項に該当する場合は状況を詳細にご記入ください）

健康診査での指導・助言	受診済の健診 ☐ 乳児健康診査 ☐ 4か月健康診査 ☐ 10か月健康診査 ☐ 1歳6か月健康診査 ☐ 3歳健康診査 健診での指導・助言の内容があれば以下に記載してください。
障害者手帳の情報	☐ 無 ☐ 有 内容（ ）
アレルギー情報	☐ 無 ☐ 有 品目（ ）
※過去にかかった大きな病気等	☐ 無 ☐ 有病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
※現在治療中の病気等（経過観察含む）	☐ 無 ☐ 有病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
上記※について症状や治療の状況	☐ 無 ☐ 有病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
食事の状況について	食事内容： ☐ 離乳食開始前 ☐ 離乳食 ☐ 離乳食完了 ☐ 幼児食 食べ方： ☐ 大人が食べさせる ☐ 手づかみ ☐ スプーンなどを使える 食事の量： ☐ よく食べる ☐ ふつう ☐ 少量 ☐ 偏食 ☐ むらぐい 食事に関しての留意点などがあれば以下に記載してください（飲み込めないなど）。
申請するこどもの健康上・発達上配慮する点	☐ 周囲の人に無関心 ☐ 落ちつきがない ☐ 視線が合いにくい ☐ かんしゃくをおこす ☐ こだわりがある ☐ 偏食が強い ☐ おとなしく反応がにぶいまたは呼びかけても反応しない ☐ 転びやすい ☐ 赤ちゃん言葉やどもりなどお話しが聞き取りにくい ☐ 特に心配なくせがある 普段のお子さんの様子や配慮が必要な点、集団生活での留意点などを記載してください。