

年 月 日

御代田町長 様  
（ 管 理 者 ） 様

保護者氏名 **御代田 太郎**

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 <b>ミヨタ マチコ</b>	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<b>令和4</b> 年 <b>10</b> 月 <b>30</b> 日
	漢字 <b>御代田 マチ子</b>		
マイナンバー <b>XXXXXXXXXXXX</b>	令和8年4月1日現在 <b>3</b> 歳		
住所	御代田町大字 <b>御代田</b> <b>〇〇△△番地</b> <input type="checkbox"/>	連絡先	<b>〇〇〇-△△△△-□□□□</b> (携帯(続柄: )・他)
前住所	<b>令和7年1月2日以降</b> 御代田町に転入した場合記入 <b>◇◇県△△市〇〇 XXX番地</b> <input type="checkbox"/>		
保育の 希望の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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①～⑤もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 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、⑤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	勤務先又は学校名等	障害者手帳の有無
こどもの世帯員	<b>御代田 太郎</b>	1111 XXXXXXXXX	父	H6年 1 月 1 日	自営業	有・ <b>無</b>
	<b>御代田 花子</b>	1112 XXXXXXXXX	母	H8年 2 月 2 日	(株)★★★	有・ <b>無</b>
	<b>御代田 ★★</b>	1113 XXXXXXXXX	姉	H28年 3 月 3 日	▲▲小学校	有・ <b>無</b>
	<b>御代田 ▲▲</b>	1114 XXXXXXXXX	祖父	S35年 4 月 4 日	農業	<b>有</b> ・無
	<b>御代田 ◆◆</b>	1115 XXXXXXXXX	祖母	S37年 5 月 5 日	なし	有・ <b>無</b>

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	<b>令和8</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から <b>令和9</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日 まで	
	施設（事業者）名・希望理由	
	第1希望 <b>〇〇保育園</b>	理由 <b>通勤途上に位置するため</b>

※新規申し込みや年度途中での入園・転園などではじめて園を利用する場合は、ならし保育(平日半日5日間)があります。ならし保育希望日を含めてご記入ください  
※ 4/1～ 入園の場合 3月中のならし保育は承れませ

「区分認定期間」と「利用を希望する期間」は異なります。途中退園をご希望でない場合は「令和9年3月31日」とご記入ください

→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			
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月） <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（90日間） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休暇（認定可能期間有/要相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月） <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（90日間） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休暇（認定可能期間有/要相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護家庭（ 年 月 日より） <input type="checkbox"/> ひとり親家庭（ 年 月 日より） <input type="checkbox"/> 障害者のいる家庭（ 年 月 日より） <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外				
希望する利用時間	利用曜日		利用時間		
	月	曜日から 金 曜日まで	8 時 00 分から 16 時 00分まで <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間		

④申請するこどもの状態（健康状態・園で配慮すること等）

健康診査での指導・助言	受診済の健診 <input type="checkbox"/> 乳児健康診査 <input type="checkbox"/> 4か月健康診査 <input type="checkbox"/> 10か月健康診査 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健康診査 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容（ ）
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 品目（ ）
※過去にかかった大きな病気等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
※現在治療中の病気等（経過観察含む）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
上記※について症状や治療の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（ ） 年齢（ 歳 か月）
食事の状況について	食事内容： <input type="checkbox"/> 離乳食開始前 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 離乳食完了 <input type="checkbox"/> 幼児食 食べ方： <input type="checkbox"/> 大人が食べさせる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーンなどを使える 食事の量： <input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> むらぐい 食事につい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	<input type="checkbox"/> 周囲の人に無関心 <input type="checkbox"/> 落ちつきがない <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> こだわりがある <input type="checkbox"/> 偏食が強い <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉やどもりなどお話しが聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 特に心配なくせがある 普段のお子さん ください。

**園ではお子さんの状況を正確に把握し、適切な保育ができるよう、入園までに環境を整えていきます。**  
**お子さんと保護者の方が安心して楽しく通園できるよう、お子さんの普段の様子をお聞かせください。**