

1号認定用(幼稚園部)

*

令和6年度東条子ども園利用申込書兼児童台帳

東条福祉会 理事長 様

次のとおり東条子ども園への利用を申し込みます。

なお、東条子ども園利用申込書兼児童台帳の個人に属する情報を閲覧することについて同意します。

保 護 者	現住所	加東市
	R5.1.1 時点の住所	※現住所と異なる場合は記入ください
	R61.1 時点の住所	※現住所と異なる場合は記入ください
	(ふりがな) 氏名	
申込日 年 月 日	自宅電話番号 連絡先携帯電話	() - ()

ふりがな	生年月日	年齢 (R6.4.1現在)	性別
利用児童	年 月 日	満 歳	男・女
利用を希望する期間	年 月 日から	年 月 日	・小学校就学前 まで
希望する利用時間	午前 時 分 から	午後 時 分 まで	
児童を送迎する主な人	・父 ・母 ・祖父 ・祖母 ・その他 ()		
※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 1号認定申請に関して東条子ども園専願である <input type="checkbox"/> 兵庫教育大学附属幼稚園と併願である (兵庫教育大学附属幼稚園との併願は可能ですが、専願者を優先します)			
<input type="checkbox"/> 落選した場合、待機する <input type="checkbox"/> 落選した場合、待機しない			
<input type="checkbox"/> 1年を通して幼稚園利用(1号認定もしくは新2号認定)をする。			
<input type="checkbox"/> 昨年度からの継続利用である。			
<input type="checkbox"/> 幼稚園利用をしている継続児の弟、妹である。			
※入所決定した場合、原則、令和6年度中に認定変更することはできません。年度途中で保育園部に変更予定の方は、今回の申請は保育園部(2号認定)で提出してください。詳細は別紙『令和6年度入所申請について』参照			

現在の保育状況 ※現在、認可保育所等を利用していない方はご記入ください

<input type="checkbox"/> 産休・育児休業中 (復帰予定日 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設・企業主導型保育施設等を利用している (施設名:)
<input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている <input type="checkbox"/> 親族等に預けている
<input type="checkbox"/> 家庭で保育をしている <input type="checkbox"/> その他 ()

利用児童の家庭の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先等	勤務先電話番号	*
		T・S・H・R 年 月 日				
		T・S・H・R 年 月 日				
		T・S・H・R 年 月 日				
		T・S・H・R 年 月 日				
		T・S・H・R 年 月 日				
		T・S・H・R 年 月 日				

※いずれかにチェックをしてください。

- 生活保護世帯 父子・母子家庭 身障手帳等保有者あり
特別児童扶養手当支給対象児あり 幼稚園児あり 該当なし

児童の状況

目は	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えづらい	<input type="checkbox"/> めがね使用	<input type="checkbox"/> 不明
耳は	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえづらい	<input type="checkbox"/> 補聴器使用	<input type="checkbox"/> 不明
言葉は	<input type="checkbox"/> よくしゃべる	<input type="checkbox"/> 単語のみ	<input type="checkbox"/> あまりしゃべらない	<input type="checkbox"/> 不明
ひきつけ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月に/週に 回程度)			
薬の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名:)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:)			
	→ありの場合、かかりつけの医療機関等 ()			
除去食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:)			
乳幼児健診の受診状況	<input type="checkbox"/> 4箇月	<input type="checkbox"/> 1歳6箇月	<input type="checkbox"/> 3歳	<input type="checkbox"/> 受診なし (あてはまるものすべてに <input type="checkbox"/>)
健診時に医師等から指導はありましたか	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり (内容:)			
現在、発達相談を受けている。	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり (相談機関名:)		内容:	
現在、療育に通っている。	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり (療育機関名:)		内容:	
既往病 (今までにかかった大きな病気)	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり (病名等:)		時期:	
その他 (健康状態の詳細や癖など、気になることがあれば記入してください。)				

※園記入欄	受付印	提出書類	<input type="checkbox"/> 不足なし	
			<input type="checkbox"/> 不足あり	
		利用決定	書類預かり者	

教育・保育給付認定申請書

加東市長 様

情報閲覧の同意 保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ		個人番号	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	申請する児童との続柄 (※)	
	氏名						
	現住所	〒					
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒				
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒				
	連絡先		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						

同一世帯に 属する保護者 (配偶者等)	同一世帯に属する保護者(配偶者等)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	フリガナ		個人番号	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	申請する児童との続柄 (※)	
	氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒				
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒				
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒				
	連絡先		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
連絡先区分	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						

教育・保育給付認定を希望する児童	認定を希望する児童の数									
	1	フリガナ		個人番号	生年月日	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		氏名								
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
		保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	2	フリガナ		個人番号	生年月日	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		氏名								
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
		保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	3	フリガナ		個人番号	生年月日	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
		氏名								
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
保育を希望する時間		<input type="checkbox"/> 標準時間 (1日最大11時間) <input type="checkbox"/> 短時間 (1日最大8時間)	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金				

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

申請する児童の世帯員構成 (認定希望の児童及び保護者・配偶者は除く)	世帯構成員の数		申請する児童との続柄 (※)	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居別居の別	居住地の市区町村	障害者手帳等の有無	障害に係る手当等の受給状況								
	フリガナ氏名																	
	1												□T □S □H □R 年 月 日		□同居 □別居	□加東市 □加東市外	□有 □無	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金
	2												□T □S □H □R 年 月 日		□同居 □別居	□加東市 □加東市外	□有 □無	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金
	3												□T □S □H □R 年 月 日		□同居 □別居	□加東市 □加東市外	□有 □無	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金
	4												□T □S □H □R 年 月 日		□同居 □別居	□加東市 □加東市外	□有 □無	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金
5				□T □S □H □R 年 月 日		□同居 □別居	□加東市 □加東市外	□有 □無	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □障害年金									

保育を必要とする事由	申請者の状況		同一世帯に属する保護者(配偶者等)の状況		
		<input type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他	<input type="checkbox"/> ①就労 <input type="checkbox"/> ②妊娠・出産 <input type="checkbox"/> ③疾病・障害 <input type="checkbox"/> ④介護・看護 <input type="checkbox"/> ⑤災害復旧 <input type="checkbox"/> ⑥求職活動 <input type="checkbox"/> ⑦就学 <input type="checkbox"/> ⑧その他		
	⑧その他の場合		⑧その他の場合		
①就労、⑦就学の場合	通勤(通学)手段/時間 ※手段が複数ある場合は全てにチェック	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車		
		□その他()	□その他()		
		約 時間 分(往復時間で記入)	約 時間 分(往復時間で記入)		
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日	年 月 日			
	産前産後休業期間	年 月 日 ~	年 月 日		
「保育の必要性」の状況が④~⑥及び⑧の場合の具体的な状況					
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親	<input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ③離婚 <input type="checkbox"/> ④離婚調停中 <input type="checkbox"/> ⑤行方不明 <input type="checkbox"/> ⑥その他	事由発生日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ⑥その他の場合
生活保護の適用の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

利用(申込)施設名		児童氏名	
利用(申込)施設名		児童氏名	
利用(申込)施設名		児童氏名	

保育所等利用申込及び給付認定申請に関する確認書 兼 同意書

以下の事項を確認し、各項目のチェック欄に☑を入れ、署名をお願いします。

	確認事項	チェック欄	
個人情報 の 閲覧・確認に ついて	利用者負担額算定及び副食費徴収免除対象者決定のため、加東市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料等、個人に属する情報を閲覧すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	適正な教育・保育の実施のため、加東市が保有する児童に属する情報を閲覧すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	【該当される場合のみ】児童扶養手当及び特別児童扶養手当の受給状況について福祉総務課に確認すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
個人情報 の 提供につい て	下記の書類の写しを入所決定(内定)した保育所、認定こども園又は小規模保育事業者に対し提供すること。 【新規入所】教育・保育給付認定申請書の裏面、保育施設等の利用申込書、家庭状況書、児童状況書兼健康状況申告書 【継続利用】保育施設等の利用に係る現況届	<input type="checkbox"/> 確認した	*
	健康課が実施する各種健診の健診結果について、入所決定(内定)した保育所、認定こども園又は小規模保育事業者に対し、子どもの発達支援に必要な範囲において情報提供すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	【該当される場合のみ】発達サポートセンター「はぴあ」の発達相談結果について、入所決定(内定)した保育所、認定こども園又は小規模保育事業者に対し、子どもの発達支援に必要な範囲において情報提供すること。	<input type="checkbox"/> 確認した 提供可能内容 <input type="checkbox"/> 検査数値 <input type="checkbox"/> 相談内容	
利用者負担 額及び副食 費について	利用者負担額については、保育所の場合は加東市が徴収し、認定こども園及び小規模保育事業者の場合は各施設が徴収すること。(公立施設は施設所在地の市区町村が徴収)いずれの場合も納期限に遅れの無いように納付すること。利用者負担額の納付がなく、滞納となった場合には、財産(給与等)の調査や差し押さえなどを行う場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	3～5歳児の副食費については、加東市の公立施設の場合は加東市が徴収し、それ以外の施設の場合は、各施設が徴収すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	決定した利用者負担額及び副食費徴収免除対象者であることを、保育所等に対して提示すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
申込(申請) について	申込(申請)内容が事実と異なる場合や虚偽が判明した場合は、内定及び認定の取消または保育の実施の解除(退所)となる場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
入所調整に ついて	利用を希望していない(利用申込書の「利用希望保育施設」に記入されていない)保育所等は、入所できる状態であっても案内しないこと。	<input type="checkbox"/> 確認した	*
申込(申請) 内容変更につ いて	申込(申請)後、家庭状況(家族構成等)に変更が生じる場合は、速やかに手続きを行うこと。また、それにより書類の提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	
	利用申込時に申請した保育必要事由が入所前に変更となった場合や、入所前に転職した場合は速やかに変更手続きを行うこと。また、それにより内定が取消となり再度入所調整となる場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した	*
	入所後に保育必要事由が変更となった場合は、速やかに変更手続きを行うこと。なお、保育必要事由がなくなった場合は、原則退所となること。	<input type="checkbox"/> 確認した	*
転出につ いて	入所前に市外に転出した場合、内定及び認定を取消すること。	<input type="checkbox"/> 確認した	*

	確認事項	チェック欄
給付認定区分変更について	給付認定区分を変更する場合（幼稚園部→保育園部、保育園部→幼稚園部）は、必ず在籍している認定子ども園に相談のうえ、変更手続きを行うこと。また、認定子ども園の保育園部の2歳児として入所後に保育必要事由に該当しなくなった場合は3歳の誕生日を迎えていても満3歳児の幼稚園部として継続して入所できない場合があること。 なお、満3歳児の幼稚園部から保育園部への変更は、入所調整を行うため、継続して入所できない場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した
育児休業を取得する場合	育児休業を取得する場合は、雇用が継続していること（育児休業給付金を受給していること）が条件となるため、育児休業給付金支給決定通知書の写し等を提出すること。 ※雇用契約が終了する場合や書類の提出がない場合は、認定の取消及び退所となります。また、復職後は復職証明書を提出すること。	<input type="checkbox"/> 確認した
【該当する方のみ】	【育児休業からの復職で申込みの場合】	
	育児休業からの復職を理由とする場合は、復職後、復職証明書を提出すること。	<input type="checkbox"/> 確認した
	取得中または取得予定の育児休業を変更短縮して復職するときは、就労証明書を提出のうえ、入所月の翌月の月末までに育児休業を終了して復職すること。	<input type="checkbox"/> 確認した
	育児休業からの復職を理由に入所決定したが、元の職場に復職しない場合は、入所決定を取消す場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した
	【妊娠・出産で申込みの場合】	
	入所可能期間は、出産予定日の8週間前の属する月初から、出産日の8週間後が属する月末までであり、その後は原則退所となること。引き続き保育園部として入所する場合は保育必要事由を認定のうえ、入所調整となること。また、幼稚園部として入所する場合は、入所状況をもとに認定子ども園が決定するため継続して入所できない場合があること。	<input type="checkbox"/> 確認した

*

【1号認定の方へ】

『*』は今後2・3号認定に変更された場合に必要となる事項です。あわせて確認のうえ各項目のチェック欄に☑を入れてください。

加東市長 様

利用申込及び給付認定申請にあたり、上記の確認事項について同意します。

令和 年 月 日

保護者署名 _____