

～ 申込書類の記載例 ～

1) 教育・保育給付認定等申請書兼認可保育施設利用申込書（表）

第1号様式（第3条関係）

申請日 令和 **5**年 **11**月 **1**日

教育・保育給付認定等申請書兼認可保育施設利用申込書（法第19条第1項第2号・第3号用）

武蔵野市長 殿

次のとおり、教育・保育給付認定（支給認定証の交付を含む）申請及び認可保育施設利用申請書と併せて、武蔵野市が教育・保育給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を提出し、これらの情報に基づき決定した利用者負担額等を特定教育・保育施設等に通知することに同意する。

①保護者名は、必ず二人分ご記入ください。（ひとり親世帯は一人分）

利用希望期間	令和 5 年 4 月 1日 から	住所 武蔵野 マンション名等	市・区 町・村	緑町2丁目2番
		△△△住宅101号		
保護者1 (申請者)	氏名	続柄	生年月日	電話番号
	ムサシノ 武蔵野	太郎	父 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59年 7月 5日	090-xxxx-xxxx
保護者2	氏名	続柄	生年月日	電話番号
	ムサシノ 武蔵野	ハナコ 花子	母 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年 12月 8日	090-xxxx-xxxx

(保育の必要性の事由) 該当する事由の番号を太枠内にご記入ください（1つのみ）

保護者1	2	1 不存在	2 就労	3 妊娠・出産	4 疾病・障害	生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 受給あり <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし
保護者2	7	6 災害復旧	7 求職活動	8 就学	9 その他（	

②必要に応じて平日に連絡をすることがあります。

申請子ども1 フリガナ氏名	ムサシノ 武蔵野	ジロウ 次郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 10月 3日	市記載欄 宛名 受付
申請子ども2 フリガナ氏名		サチコ 幸子	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 5年 6月 28日	宛名 受付

③該当の保育の必要性の事由の番号を記入してください

□ ⇒ 申請子ども1と申請子ども2の希望園が同じ場合を付けてください。

順位	申請子ども1	申請子ども2
①	○○保育園	○○保育園
②	◇◇◇◇保育園	◇◇◇◇保育園
③	☆☆保育園	☆☆保育園
④	□□保育園	■■保育室（小規模保育施設）
⑤	■■■保育園	◇◇◇◇（
⑥	●●保育園	△△

④利用を希望する施設は、6施設まで記入できます。送り迎えが可能な範囲で、できるだけ多くの施設を、入りたい順にご記入ください。

市記載欄								
<input type="checkbox"/> 新規	申請書	確認票	児童状況	要件書類 保1 保2		指数制限	税資料	受託証明
<input type="checkbox"/> 転所								
学年	受付	入力	確認	確認	追記事項			

【注意】

- 兄弟姉妹に障害児がいる場合には、身体障害者手帳、愛の手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しを提出してください。

2) 教育・保育給付認定等申請書兼認可保育施設利用申込書（裏）

(世帯の状況) ← 同居祖父母が居ない場合は、を付けてください。

フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日	年齢
ムサシ/ タイチ	祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30年 5月 1日 68
武蔵野 太一			
ムサシ/ マチコ	祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	35年 3月 5日 63
武蔵野 町子			
ムサシ/ イチロウ	兄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	25年 9月 7日 10
武蔵野 一郎			
		<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 立 <input type="checkbox"/> 令	

⑤祖父母が遠方に住んでいる場合、こちらにチェックを入れてください。

⑥申込子ども、保護者1及び保護者2以外の世帯の職業等の状況をご記入ください。

注 申請子ども1、2、保護者1及び2以外で、入所予定日において

(兄弟姉妹・双子同時申込) 兄弟姉妹・双子を同時に申込する方は必ず以下の項目にをしてください。

<input type="checkbox"/>	①全申請児童の内定状況（内定保留や、同園内定か）に関わらず原則通りの利用調整を希望します。（片方のみ内定や、別園での内定もあり得る。）
<input checked="" type="checkbox"/>	②申請児童全員が内定する場合のみ、内定を希望します。（1人でも保留の場合は、全申請児童を保留とする。全児童内定であれば別園でも内定させる。）
<input type="checkbox"/>	③下位希望園でも全申請児童同園を希望し、同園にならない場合は内定を希望しません。（全申請児童が別園で内定する場合でも、同園でないため全申請児童を保留とする。）

注 がない場合は、①を希望したとして利用調整を行います。

(保護者確認欄)

地域型保育事業（3歳未満児を対象とした認可保育施設）はアレルギー対応が必要、又は熱性けいれんを過去に発症したことのある申請子どもの受け入れができない場合があります。アレルギー、熱性けいれんのある申請子どもで地域型保育事業を希望する場合、施設に対応の可否を確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
---	--

注 アレルギー対応が必要な申請子どもで、アレルギー対応不可の地域型保育事業を希望する場合は、希望園から外して利用調整を行います。

-----以下は、利用調整に影響はありません。-----

(入所できなかった場合) 認可保育施設に入所できなかった場合の予定にをしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	①育児休業を延長します。	<input type="checkbox"/>	②認可外保育施設に預けます。
<input type="checkbox"/>	③就労予定を取り消します。	<input type="checkbox"/>	④その他（ ）

注 申請書については正確にご記入ください。事実と異なる申請をした場合は、子ども・子育て支援法第24条第1項及び子ども・子育て支援法施行令第3条第2号の規定により認定の申請を取り消すことがあります。

【注意】

- 入所予定日において児童と64歳未満(入所年度の4月1日時点)の祖父母が同居し、その祖父母が就労・疾病・介護等を理由に保育の援助ができない場合、祖父母の直近の給与明細書の写し、医師の診断書、被介護者の介護保険証の写し等を提出してください。

【記入見本】児童状況書（表）

児 童 状 況 書 （記入例）										
※母子手帳などを参考に、該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> または記入をしてください。										
フリガナ	ムサシノ	シロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	4年 4月 5日	第 3 子		
児童氏名	武蔵野 二郎		<input checked="" type="checkbox"/> 預けていない（自宅保育） <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 施設名称（ ）（ ）年（ ）月より（ ）週（ ）日 利用時間（ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分							
出生時の状況			<input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 医療的処置を必要とした <input type="checkbox"/> その他（ ） 身長 51 cm 体重 3100 g 頭囲 35 cm 胸囲 34 cm							
			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（☑はいの場合は以下を記入） 病名 具体的な症状 通院先 通院開始時期 年 月～ 通院頻度 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> その他（ ） 処方薬							
健康状況または身体面の状況	2	過去に大きな病気に罹ったり怪我をしたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（☑はいの場合は以下を記入） 病名 具体的な症状 発症時期 歳 か月							
	3	けいれんやひきつけを起こしたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（☑はいの場合は以下を記入） 発症内容 <input type="checkbox"/> 熱性（ ）℃ <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他（ ） 初回発症時期 歳 か月 発症回数 回 抗けいれん剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	4	アレルギー診断がある ※家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業でのアレルギー食への対応の可否については、各施設によります。詳細については各施設へお問い合わせください。	<input type="checkbox"/> 検査していないため不明 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい（☑はいの場合は以下を記入） アレルギーの種類 <input checked="" type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他（ ） 発症時期 0 歳 11 か月 発症時の状況・症状 赤い発疹がでる。 アナフィラキシー症状 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方されているもの <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> エビベン 除去している食品等 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> その他（ ） 調味料やだし、微量混入の除去 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師の助言・指示等 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（☑ありの場合は以下を記入） 助言・指示 白身は除去し黄身は少しずつあたえる。							
	出生時の状況及び前記1～4の状況について、集団生活する上で医師からの指示や配慮等がある		<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい（☑はいの場合は以下を記入） 指示・配慮等 おやつや給食に使われている卵について、施設と相談しながら食べさせたい。							

申込される児童の保育状況、健康状態などを母子手帳を参考に記入してください。当てはまる箇所にをし、記載漏れのないようにご記入ください。

おさんの状況は母子手帳を参考に記入してください

【注意】

- ・アレルギー食への対応の可否は各施設によりますので、事前に施設にご確認ください。
- ・心身に障害のある児童は障害児保育の対象となりますので、詳しくは令和6年度保育施設のおしおりP45.46の「発達や疾病等による健康状態に心配がある子供の申込について」と「障害児保育」をご覧ください。

4) 児童状況書 (裏)

健診状況	1か月児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	9~10か月児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	
	身長 54 cm 体重 4500 g		身長 74 cm 体重 10K g		
	3~4か月児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	
	身長 65 cm 体重 7500 g		身長 80 cm 体重 11 kg		
6~7か月児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input checked="" type="checkbox"/> 未受診		
身長 70 cm 体重 9000 g		身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg			
要観察の具体的な内容と指摘された時期					
1歳6か月健診で、歩行が遅れていると言われた。(経過観察中)					
設問1~8はすべてご回答ください					
発達状況	1	身体障害者手帳・愛の手帳を持っていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (☑はいの場合は)	手帳名 <input type="text"/> 級・度 <input type="text"/>	
	2	発達や言葉のことで、病院や保健センター、その他の施設に通院や通所(療育)、相談をしていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (☑はいの場合は以下を記入)	病院・施設名 <input type="text"/> 相談内容・診断名 <input type="text"/> 通う頻度 <input type="text"/> 通い始め時期 <input type="text"/>	
	3	首がすわったのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> まだ <input checked="" type="checkbox"/> 4か月頃		
	4	歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 歳 か月頃		
	5	簡単な指示(おいで・まってね・だめよ等)を理解できますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	6	人に触られることや音を嫌がることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	7	なかなか寝ない、短い時間で起きるなど睡眠で困ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	8	目(視線)を合わせますか？	<input checked="" type="checkbox"/> よく合う <input type="checkbox"/> 合にくい		
	設問9~11は0歳児・1歳児の児童の場合にご回答ください				
	9	声をかけるとそちらのほうを見ようとしていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	10	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	11	指さして意思を伝えようとしていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	設問12~16は2歳児以上の児童の場合にご回答ください				
	12	意味のある単語(ママ・ワンワン等)を話し始めたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 歳 か月頃		
	13	友達に興味を持ったり、関わろうとしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	14	突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15	特定のものごとにこだわるがありますか？(数字・図形・遊び・食べ物の偏りなど)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
16	あちこちに興味に移りよく動き回りますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
*上記以外に現在のお子さんの健康状況や発達状況について気になることや、集団生活する上で配慮を要することがあればご記入ください。					
1歳半健診で歩行の遅れを保健センターの保健師さんから言われている。療育にこれから相談に行く。特に主治医(●●クリニック)からの指示はなく、成長がゆっくりと言われている。					
各保育施設で保育の参考にします。できるだけ具体的に記載してください。					

まだ受診していない健診「未受診」にをしてください。

注意

- ・この書類は、保育施設利用申込の添付書類として、子ども育成課及び入所する保育施設へ送付されます。
 - ・事実と異なる記載があるときは、保育の利用を取り消す場合がありますのでご注意ください。
 - ・入所が内定した後であっても、児童の健康状況や発達状況、記載のない疾患などが判明したときは入所できない場合があります。
 - ・児童の状況によっては、医師・専門機関の診断書などを別途提出していただく場合があります。
 - ・本書に記載の医療機関や療育施設等に対して、保育施設及び市が児童の状況について聞き取りを行う場合があります。
- ◇上記事項を確認しましたらご署名をお願いします。

保護者氏名 **武蔵野 花子**