

令和7年度 子どものための教育・保育給付認定申請書

新規・転園 ~~継続~~

兼保育所・認定こども園（長時間部・保育園部）等入園所申込書（兼保育児童台帳）

泉大津市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

保育を希望する期間	令和 年 月 日から（就学前・令和 年 月 日）まで
-----------	----------------------------

保護者 (世帯主)	フリガナ			現住所	泉大津市	
	保護者氏名					
	令和6年1月1日現在の住所	父	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※現住所と違う場合は記入してください	母	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 父と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※現住所または父と違う場合は記入してください	
	電話番号	— —		<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	— — <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	申込時点の職業・学校(学年)等 ※両親が別居中の場合住所もご記入ください。
入園所児童	フリガナ	本人	平成・令和 年 月 日 (歳児) ※令和7年4月1日時点の年齢	男・女	令和6年度の申し込み 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	個人番号				
入園所児童の 家庭状況 (保護者含む)		父	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			
		母	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			
			昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			
			昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			

保育の利用を 必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労(居宅外) <input type="checkbox"/> 就労(居宅内) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労先への通勤時間(時間 分)(往復)	
	母	<input type="checkbox"/> 就労(居宅外) <input type="checkbox"/> 就労(居宅内) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労先への通勤時間(時間 分)(往復)	
出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(出産予定日: 年 月 日)※母子手帳をご提出ください		
世帯の状況	生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当しない	ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当しない	障がい者がいる ※手帳のコピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> 該当 該当者氏名() <input type="checkbox"/> 該当しない

入園所希望施設			
第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
第5希望	第6希望	第7希望	第8希望
第9希望	第10希望	第11希望	第12希望
第13希望	第14希望	第15希望	

-----担当記入欄 以下は記入しないでください-----

入園所希望月	月入所希望
入園所年齢	

入園所施設	
-------	--

保育必要量	保育標準時間
	保育短時間

保育を希望する時間	平日：午前 時 分 ～ 午後 時 分まで
	土曜日：□利用希望しない・□利用希望する（午前 時 分 ～ 午後 時 分まで 月 回）

祖母の状況	氏名	年齢 R7.4.1時点	申請児童との同居有無	住所（別居の場合のみ記入してください）	勤務等の状況
	祖母	歳	同居・別居		就労・不就労・死亡・不明
母方	祖父	歳	同居・別居		就労・不就労・死亡・不明
	祖母	歳	同居・別居		就労・不就労・死亡・不明

申請児の現状	自宅で保育	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父（ <input type="checkbox"/> 父方 <input type="checkbox"/> 母方） <input type="checkbox"/> 祖母（ <input type="checkbox"/> 父方 <input type="checkbox"/> 母方） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	職場で保育	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	親族・知人宅で保育	氏名（ ） 続柄（ ）
	保育施設を利用	<input type="checkbox"/> 認可保育所・認定こども園等（ ） 保育所・認定こども園 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 一時預かり保育 施設名（ ） ※泉大津市外の場合（ ）市 利用時間（ ）時 分 ～ （ ）時 分 利用曜日（ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ）

○兄弟姉妹で同時に申込みの場合

①兄弟姉妹とも入園できる場合

兄弟姉妹が同じ園所に入園所できない場合は辞退します。

- はい いいえ
- 兄弟姉妹が別々の園でも良いので、希望順位の高い園に入園したい。
 希望順位の低い園でも良いので、兄弟姉妹が同じ園に入園できることを優先してほしい。

②兄弟姉妹のいずれかしか入園できない場合

ひとりだけの入園は辞退します。

- はい いいえ
- どの子が先の入園所でも良い。
 【児童名： 】が先の入園所でない并希望しない。

○申請にあたっての同意事項

※泉大津市が、施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定及び利用者負担額の算定のために、当世帯の市民税課税台帳、児童手当認定請求及び児童手当現況届に添付されている所得（課税）証明書、児童扶養手当受給者台帳、特別児童扶養手当受給者台帳を閲覧することに同意します。また、生活保護の受給状況について、生活保護担当課に確認することに同意します。

※泉大津市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項）（①世帯の状況欄記載者を含む）を取得すること及び取得した個人番号を利用することに同意します。

※子育て支援の連携のために、市関係機関での情報の共有を行うことに同意します。

※申込内容に虚偽（提出書類の偽装・改ざん等を含む）があった場合は、保育の利用を取り消すことに同意します。

以上のことに同意の上、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請し、保育所・認定こども園（長時間部・保育園部）等への入園所に申し込みます。

○申請に当たっての誓約・確認事項

以下のすべての項目に同意の上チェックしてください。

保育所等入所に関する誓約事項	
<input type="checkbox"/>	世帯構成に変更（結婚、離婚、祖父母との同居等）が生じた場合は、直ちに泉大津市に届け出ること。
<input type="checkbox"/>	保育要件（就労、疾病、出産、育児休業、求職活動等）の変更や勤務先の変更（異動、退職、転職等）、勤務状況の変更（勤務日数、勤務時間等）が生じた場合は直ちに泉大津市に届け出ること。
<input type="checkbox"/>	認定を受けた保育必要量や利用する施設の開所時間等に応じ、送迎の時間を厳守すること。
<input type="checkbox"/>	保育料その他必要な費用は、定められた方法及び期限に従って納入すること。
<input type="checkbox"/>	泉大津市から書類の提出を求められた場合は、定められた方法及び期間に従って提出すること。
<input type="checkbox"/>	育児休業から復職して保育所等を利用する場合は、入園所月の末日までに必ず復職し、復職後すみやかに復職証明書を提出すること。
<input type="checkbox"/>	上記項目について1つでも内容に反した場合や虚偽があった場合、保育の実施解除（退園所）や再度利用調整を行う場合があること。

保育所等入所に関する確認事項	
<input type="checkbox"/>	利用調整の申込みは、原則として申込みを行った年度中に限り有効であること。ただし、教育・保育給付支給認定証（※保育所等利用調整の申込み後に交付）に掲載された認定期間が満了する場合は、年度途中で利用調整の申込みが失効するため、当該認定期間及び利用調整の申込みの有効期間の延長を希望の場合、再度申込みの手続を行う必要があること。
<input type="checkbox"/>	転園所の申込みを行った場合、転園所決定時に在園所の施設は必ず退園所となること。また「育児休業取得中に既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要であること」を保育要件としている間は、転園所を行えないこと。
<input type="checkbox"/>	既に入園所している児童の育児休業取得中での継続に関して、育児休業対象児童が1歳に達する年の年度末までしか育児休業の要件での継続が認められないため、それ以上育児休業を延長した場合、既に入園所している児童は退園所となること。※育児休業対象児が待機となり育児休業を延長する場合も同様

令和 年 月 日 署 名 _____

保育所・認定こども園等入園所児童健康予診票

健康 状 況 等	①妊娠中の心身異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	②出産	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	③出産時の状況	在胎週数 (週 日)・体重 (g)		
	④健診の受診	4か月健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済⇒指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)	
		1歳半健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済⇒指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)	
		3歳半健診	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済⇒指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)	
	⑤発達上の気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)		
	⑥市の保健機関の相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)		
	⑦障がい者手帳等の交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級)		
	⑧今までにかかった病気やけが	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー皮膚炎) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	⑨発達や慢性的な病気のことで 相談している病院・施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
・病院・施設名: () ・通院日数: ([週・月・年]に 回) ・病名等: () ・主な症状: () ・服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の種類: () ・医師に集団保育の可否を確認済かどうか: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
⑩アレルギー (食物以外)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)			
⑪アレルギー(食物)	<input type="checkbox"/> 無	※有の場合 ・除去食 () ・医師の指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関:) ・処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 か月頃) ・エピペン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 有			

※以下、0～2歳児のみ記入してください。

発 育 ・ 発 達 状 況 等	①首がすわる	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	②ひとりすわりができる	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	③ひとり歩きをする	<input type="checkbox"/> 可 歩行の程度 (<input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 走る <input type="checkbox"/> 両足跳び <input type="checkbox"/> 手すりを持って階段を昇降 <input type="checkbox"/> ケンケン)	
		<input type="checkbox"/> 不可 未歩行の場合 (<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 立つ)	
	④ことば	話し始め () 歳 () か月 <input type="checkbox"/> まだ話さない	
		ことばの程度 (<input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 姓名と年齢を言う <input type="checkbox"/> 今日の出来事を話す)	
	⑤要求など意思表示	<input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 指差し <input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> しぐさ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	⑥名前を呼ぶと返事をする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない	
	⑦拍手で褒められると喜ぶ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない	
	⑧簡単な指示が理解できる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない (例: そのハンカチを取って)	
⑨危険な行為をした時に制止が きく	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない		
⑩同年代のこどもに比べ、落ち 着きがなく、じっとしていられ ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない		

