様式第１号

支給認定申請書　兼　保育施設利用申込書

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

北広島町長　様

次のとおり、支給認定に係る現在の状況について届け出ます。

また、北広島町が支給認定及び利用者負担額（保育料）の決定のため、町が保有する個人情報（課税状況、生活保護受給状況等）を閲覧することに同意し、教育・保育の運営上必要と認められる情報を保育施設と共有することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | | 令和　　年　　月　　日 | |
| **住所　〒　　　　　　北広島町** | | | | | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 続柄 | 連絡先電話番号 | | | |
| 保護者 | （ふりがな） | 年  月　　日生 |  | 自宅 | |  | |
| 携帯 | |  | |
| （ふりがな） | 年  月　　日生 |  | 自宅 | |  | |
| 携帯 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給認定  こども | 氏名 | １８歳未満の範囲で | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| （ふりがな） | 第　　　子 | 年　　月　　日 |  | 男・女 |

**※年齢の欄には令和6年4月1日時点での年齢を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | １号認定（教育認定） | ２号・３号認定（保育認定） | |
| 利用区分の希望 | □教育標準時間利用  【認定こども園に通う場合】 | □保育標準時間利用  （最長１１時間） | □保育短時間利用  （最長８時間） |

①世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 児童との  続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先または  学校名・学年等 | 障害者手帳等  の有無 |
| 申請する児童の同居者 |  |  | 年　　　月　 　日生 |  |  | 有・無 |
|  |  | 年　　　月　　 日生 |  |  | 有・無 |
|  |  | 年　　　月　 日生 |  |  | 有・無 |
|  |  | 年　　　月 　　日生 |  |  | 有・無 |
|  |  | 年　　　月　 　日生 |  |  | 有・無 |

②祖父母の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 氏名 | 年齢 | 同居・別居 | 住居（別居の場合のみ） | 就労状況等 |
| 父方 | 祖父 |  |  | 同居・別居 |  | 就労・自営・無職・その他 |
| 祖母 |  |  | 同居・別居 |  | 就労・自営・無職・その他 |
| 母方 | 祖父 |  |  | 同居・別居 |  | 就労・自営・無職・その他 |
| 祖母 |  |  | 同居・別居 |  | 就労・自営・無職・その他 |

③利用を希望する期間、希望する施設名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 令和　　年　　月　　日　から | □令和　　年　　月　　日  □小学校就学前まで |
| 利用を希望する施設名 | 第１希望 | （希望理由） |
| 第２希望 | （希望理由） |
| 第３希望 | （希望理由） |

④保育の希望状況※２号、３号認定を受ける場合に記入してください　※園と情報共有しますので就労時間に応じた希望保育時間をご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育を必要とする理由 | 続柄： | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□集団生活　　□その他 |
| 続柄： | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動　□就学　□集団生活　　□その他 |
| 家庭の状況　該当の場合 | | □ひとり親家庭　・　□在宅障害児（者）のいる世帯　□左記以外（　　　　　　　　） |
| 生活保護適用の有無 | | □適用無し　　　・　□適用有り　（平成・令和　　　年　　月　　日保護開始） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 必要とする利用時間 | 平日　　【登園】　　時　　　分　～　【降園】　　　時　　　分 | | |
| 土曜日　【登園】　　時　　　分　～　【降園】　　　時　　　分 | | |
| 保育園への送迎方法 | 自家用車・自転車・徒歩・その他 | | |
| 主たる送迎者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄 | | |
| 保育園への送迎に  かかる時間 | 送り | 自宅から保育園 | 保育園から勤務先※就労の場合のみ |
| 時 分　～ 時 分 | 時 分　～ 時 分 |
| 迎え | 勤務先から保育園※就労の場合のみ | 保育園から自宅 |
| 時 分　～ 時 分 | 時 分　～ 時 分 |

⑤申請児童の情報　**※安全にお預かりする上で必要な情報ですので、漏れのないよう記入してください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 哺乳 | □母乳・□人工乳 | 離乳食 | 開始(　　か月)　完了(　　か月) |
| 妊娠・出産について | 出産時週数(　　　　　週)　　出生時体重(　　　　　ｇ)  ①妊娠中の異常：なし・あり(　　　　　　　　)　②お産の時の異常：なし・あり(　　　　　　　　)　　　　③出生時の異常：なし・あり(　　　　　　　　) | | |
| 発達について | ①くびのすわり　生後（　　　）か月頃　　②おすわり　生後（　　　）か月頃  ③一人歩き　生後（　　　）か月頃　　④ことばのいいはじめ　生後（　　　）か月頃 | | |
| 予防接種について | ・ヒブ（　　　回・未）　・小児用肺炎球菌（　　　回・未）　・水痘（　　　回・未）  ・４種混合：１期初回　　　回、１期追加（済・未）　・麻しん風しん：第１期（済・未）  第２期（済・未）　・ＢＣＧ（済・未）　・日本脳炎１期初回（　　　回）、１期追加（済・未）  ・Ｂ型肝炎（　　　回・未）　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設 | □無　・　□有（病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（病名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 健診の受診 | □無　・　□有（　乳児（前期・後期）　・　１歳６か月児　・　３歳児　） | | |
| 健診での指導事項 | □無　・　□有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害者手帳の有無 | □無　・　□有（　身体、療育、精神　手帳　　　級） | | |
| アレルギー情報 | □無　・　□有　※有の場合→□個別対応が必要 | | |
| その他健康状況 | □アトピー　□ぜんそく　□てんかん　□熱性けいれん　□じんましん□その | | | |
| 過去に入院したことがある | □無　・　□有（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 特記事項 | 気になることや心配なこと・施設等に伝えておきたいこと等あれば記入してください。 | | | |