

3 児童の健康状況 ※すべての項目もれなく記入してください。

アレルギー等の有無	<div><input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>有⇒<input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/>春季カタル <input type="checkbox"/>アトピー性角結膜炎</div> <div><input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/>アナフィラキシー <input type="checkbox"/>エピペン処方</div> <div><input type="checkbox"/>アレルギー【<input type="checkbox"/>花粉 <input type="checkbox"/>虫 <input type="checkbox"/>動物 <input type="checkbox"/>ハウスダスト <input type="checkbox"/>食物 <input type="checkbox"/>その他（.....）】</div>							
食物アレルギー等による食事制限	<div><input type="checkbox"/>不明・<input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>有⇒ <input type="checkbox"/>卵黄 <input type="checkbox"/>卵白 <input type="checkbox"/>乳成分 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>そば <input type="checkbox"/>落花生 <input type="checkbox"/>えび <input type="checkbox"/>かに <input type="checkbox"/>くるみ <input type="checkbox"/>アーモンド <input type="checkbox"/>いか</div> <div><input type="checkbox"/>いくら <input type="checkbox"/>あわび <input type="checkbox"/>鮭 <input type="checkbox"/>鯖 <input type="checkbox"/>オレンジ <input type="checkbox"/>カシューナッツ <input type="checkbox"/>キウイフルーツ <input type="checkbox"/>牛肉 <input type="checkbox"/>ごま</div> <div><input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>鶏肉 <input type="checkbox"/>豚肉 <input type="checkbox"/>バナナ <input type="checkbox"/>マカダミアナッツ <input type="checkbox"/>もも <input type="checkbox"/>やまいも <input type="checkbox"/>りんご <input type="checkbox"/>ゼラチン</div> <div><input type="checkbox"/>その他（.....）</div>							
持病の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合は病名をお書きください。病名.....							
通院の有無	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ⇒<input type="checkbox"/>週.....日 <input type="checkbox"/>月.....日 <input type="checkbox"/>年.....回</div> <div>診断内容（病名等）.....</div>							
入院歴の有無	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有⇒平成・令和.....年.....月頃 ～平成・令和.....年.....月頃</div> <div>診断内容（病名等）.....</div>							
医療的ケアの有無	<div><input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>以前あり（.....年.....月頃まで 内容：.....）</div> <div><input type="checkbox"/>有⇒ 【医療的ケアの内容】（.....）内は該当に○を付けてください</div> <div>経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） 頻度：.....</div> <div><input type="checkbox"/>吸引（ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開部 ） 頻度：.....</div> <div><input type="checkbox"/>インスリン注射・血糖値測定 <input type="checkbox"/>その他（具体的に：.....） 頻度：.....</div> <div>かかりつけ医：.....病院.....科 主治医.....</div> <div>保育施設において集団保育及び医療的ケアを受けることについて、主治医に相談していますか？</div> <div><input type="checkbox"/>はい（主治医の意見：.....） <input type="checkbox"/>いいえ（未相談）.....</div> <div>※医療的ケアが必要な場合には、申請書の提出前に必ず保育幼稚園課へご連絡ください。..</div>							
処方薬	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有⇒与薬：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>注入 <input type="checkbox"/>坐薬 <input type="checkbox"/>その他（.....）</div> <div>服薬時間：<input type="checkbox"/>朝 <input type="checkbox"/>昼 <input type="checkbox"/>夕 <input type="checkbox"/>その他（.....）</div>							
子育てで心配していること困っていること	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有⇒内容：.....</div> <div>（例：よく泣く・偏食が多い・かんしゃくを起こす・落ち着きがない・言葉が遅い・視線が合わない）</div> <div>相談先機関：.....</div>							
療育機関への通所の有無	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有⇒療育機関：.....</div> <div>通所頻度：<input type="checkbox"/>月.....日 <input type="checkbox"/>週.....日</div>							
相談支援事業所の利用の有無	<div><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有⇒事業所名：.....</div>							
障害者手帳や手当等の受給状況	<div><input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>身体障害者手帳（.....）級 <input type="checkbox"/>精神障害者保健福祉手帳（.....）級</div> <div><input type="checkbox"/>療育手帳（ A・B ） <input type="checkbox"/>特別児童扶養手当（.....）級</div> <div><input type="checkbox"/>自立支援医療（育成医療） <input type="checkbox"/>重度心身障害者医療助成 <input type="checkbox"/>小児慢性特定疾病医療費助成</div>							
乳幼児健診・予防接種の状況	<div>4 か月健診（<input type="checkbox"/>受診 <input type="checkbox"/>未受診） 10 か月健診（<input type="checkbox"/>受診 <input type="checkbox"/>未受診） 1 歳 6 か月健診（<input type="checkbox"/>受診 <input type="checkbox"/>未受診）</div> <div>3 歳児健診（<input type="checkbox"/>受診 <input type="checkbox"/>未受診） ※未受診の理由→<input type="checkbox"/>年齢未達 ・ <input type="checkbox"/>その他（.....）</div> <div>健診時の指摘事項 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（.....）</div> <div><table><tr><td>予防接種</td><td><input type="checkbox"/>定期的に受けている <input type="checkbox"/>あまり受けていない</td><td>出生時の体重</td><td>.....グラム</td></tr></table></div>				予防接種	<input type="checkbox"/> 定期的に受けている <input type="checkbox"/> あまり受けていない	出生時の体重グラム
予防接種	<input type="checkbox"/> 定期的に受けている <input type="checkbox"/> あまり受けていない	出生時の体重グラム					
集団保育に当たり配慮が必要なこと								

様式第 1 号（第 4 条関係）

令和 8 年度分

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定や副食費免除の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保 護 者 住所
（申請者） 氏名

TEL（父）
（母）

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	個人番号
	（ふりがな）	年 月 日	職権によるマイナンバー調査に同意します。 <input type="checkbox"/>
保育の希望の有無（※）	有 ：保護者の労働又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		
	無 ：幼稚園等の利用を希望する場合		

※「有」の場合はすべての項目に、「無」の場合はこのページの項目のみに必要事項を記入してください。

①世帯の状況

	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等	個人番号
児 童 の 世 帯 員		父	年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。 <input type="checkbox"/>
		母	年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。 <input type="checkbox"/>
			年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。 <input type="checkbox"/>
			年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。 <input type="checkbox"/>
令和 7 年 1 月 1 日 の住所地		父:湖西市・他市町村(.....) 母:湖西市・他市町村(.....)		令和 8 年 1 月 1 日 の住所地	父:湖西市・他市町村(.....) 母:湖西市・他市町村(.....)
生活保護の状況		適用なし・適用あり（.....年.....月.....日保護開始）			<input type="checkbox"/> ひとり親家庭該当世帯

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	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小 学 校 就 学 前 ま で			
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ま で			
利用を希望する施設（事業者）名	第 1 希望	見学 <input type="checkbox"/>	第 5 希望	見学 <input type="checkbox"/>
	第 2 希望	見学 <input type="checkbox"/>	第 6 希望	見学 <input type="checkbox"/>
	第 3 希望	見学 <input type="checkbox"/>	第 7 希望	見学 <input type="checkbox"/>
	第 4 希望	見学 <input type="checkbox"/>	第 8 希望	見学 <input type="checkbox"/>

※保護者の就労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に記入してください。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用 を必要とす る理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	: から : まで
	保育認定時間の希望		
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（7時～18時） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時30分～16時30分） <u>※延長保育については園によって異なりますので、直接お問い合わせください。</u> <u>月の就労・介護等・就学が120時間未満の場合は短時間認定となります。</u>		

出産予定日	出産を予定している場合は事由に関係なくご記入ください。.....年.....月.....日
出産後の就労	<input type="checkbox"/> 産後休暇後から仕事復帰する <input type="checkbox"/> 育児休業を取得した後、仕事復帰する <input type="checkbox"/> 仕事はしない

2 祖父母の状況 ※市内に住んでいる場合は番地まで、市外に住んでいる場合は市区町村まで記載してください。

父方			母方		
祖 父	(フリガナ) 氏 名	----- () 歳	(フリガナ) 氏 名	----- () 歳	
	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 別居 (住所をお書きください。)	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 別居 (住所をお書きください。)	
祖 母	(フリガナ) 氏 名	----- () 歳	(フリガナ) 氏 名	----- () 歳	
	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 別居 (住所をお書きください。)	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 別居 (住所をお書きください。)	

祖父母が同居（敷地内または隣地に居住も含む）の場合

- ・祖父母の就労は必須ではありません。（就労証明書等の提出も不要です。）
- ・父母が非課税等の時は祖父母等のいずれかが市民税額の高い方が**保育料・給食費算定の対象**となる場合があります。

【市記載欄】

※職員確認欄

身元確認	免・旅・在留・個人番号カード 国保・社保・後期・介護・年金 その他（ ）
------	--

個人番号	個人番号カード・住民票の写し その他（ ）
------	--------------------------

1 申込み児童の保育状況

★該当する箇所はすべてご記入ください。

現在の保育状況	① 自宅で保育（□父 □母） ② 育児休業中（□父 □母）育休取得により一度認可保育園等を退園した場合は園名をお書きください。（ ）	
	③ 同居の祖父母（□祖父 □祖母）④ 親族（住所： _____ 児童との続柄 _____ ）⇒ 保育場所（□自宅 □相手先）	
	⑤ □幼稚園・こども園・保育園 ⑥ □認可外保育施設 ⑦ 職場内託児所（□父 □母）⑧ □市外保育施設 ⑨ □知人	
	⑤～⑧に該当する方は施設名（ _____ ） ⑩ □その他（ ）	
	⑪ 同伴就労（□父 □母）	危険物の取扱いの有無： □無 □有 有の場合⇒対象物 □大型機械 □劇薬 □火気 □刃物 □その他（ ）
	⑤～⑨に該当する方は、以下の内容について該当する箇所にご記入ください。	
期 間（ 年 月頃から利用している） 利用頻度（月平均 日利用）		
	※裏面もご記入ください	

質問1 育児休業の延長を希望する方で利用調整点数を0点にする場合はチェックしてください。

- 利用調整基準点を0点とする。(すでにきょうだいが入園中の場合は対象外です。)

※チェックがある場合、優先順位を下げての選考となります。またこの取り扱いは優先順位を下げるものであり、保留になることを確約するものではありません。

質問2 希望月に入園できなかった場合の保育について教えてください。

- ☐ 欠員ができ次第、入園を希望する。(育児休業の延長期間中も欠員ができ次第、入園を希望する。)→質問3へ
- ☐ 育児休業を延長し、延長期間の終了月に、入園を希望する。(育児休業を延長した期間は入園を希望しない。)→質問3へ
- ☐ 希望月以降は、入園を希望しない。(申請を取下げると) ※支給認定証の返却及び取下げ書を提出していただきます。

質問3 入園が保留となった場合の保育状況について教えてください。

- ☐ 上記の「現在の保育状況」で示した状態を継続する。（具体的にお願いします。）
- ☐ 上記の「現在の保育状況」以外の保育を検討する。

2 申込み児童以外の小学校就学前のきょうだいについてお書きください。

氏 名		生年月日		年 月 日	
今後の 保育 予定	保護者が自宅で保育をする場合は、入園の申込みはできません。				
	①□認定こども園（保育部）・保育所・小規模保育事業・事業所内保育事業を利用				
	②□認定こども園（幼稚園部）・幼稚園 ③□認可外保育施設 ④職場内託児所（□父 □母） ⑤□市外保育施設				
	①～⑤に該当の場合（施設名：_____）				
	⑥親族が保育を行う（同居・別居→住所：_____）（続柄：_____）				
⑦□その他（_____）					
氏 名		生年月日		年 月 日	
今後の 保育 予定	保護者が自宅で保育をする場合は、入園の申込みはできません。				
	①□認定こども園（保育部）・保育所・小規模保育事業・事業所内保育事業を利用				
	②□認定こども園（幼稚園部）・幼稚園 ③□認可外保育施設 ④職場内託児所（□父 □母） ⑤□市外保育施設				
	①～⑤に該当の場合（施設名：_____）				
	⑥親族が保育を行う（同居・別居→住所：_____）（続柄：_____）				
⑦□その他（_____）					

【外国籍の方】 日本語の理解度について あてはまる番号に○を付 けてください。	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> わからない → → わかる </div>									
	父	1	・	2	・	3	・	4	・	5
	母	1	・	2	・	3	・	4	・	5
	申請児童	1	・	2	・	3	・	4	・	5