

子どものための教育・保育給付認定申請書(兼)
令和8年度事業所利用(調整)申込書(兼)保育児童台帳

市受付印

加古川市長 様

次のとおり、子どものための教育・保育給付認定申請及び教育・保育の事業所利用(調整)を申込みます。

申請日	令和 年 月 日		※市使用欄		保護者 宛名コード		児童 宛名コード		
申請者 (保護者)	住所	〒 加古川市				電話	(自宅)		
	氏名			生年 月 日	昭和・平 年 月 日		(父携帯)		
							(母携帯)		
申請に係る 子ども	氏 名	令和8年 3月31日時点	生 年 月 日		保護者との続柄	障がいの有無 ☑有の場合、障害者手帳等 のコピーを添付	個人番号(マイナンバー) 備 考		
	ふりがな	歳	令和 年 月 日			□有			
(申請に係る世帯子どもを 除く)	氏 名	子どもとの続柄	生 年 月 日		職業・学校等	障がいの有無 ☑有の場合、障害者手帳等 のコピーを添付	個人番号(マイナンバー) 備 考		
	ふりがな	父	昭和・平 年 月 日			□有			
	ふりがな		年 月 日						
	ふりがな	母	昭和・平 年 月 日			□有			
	ふりがな		年 月 日						
	ふりがな		大・昭・平・令 年 月 日			□有			
	ふりがな		年 月 日						
	ふりがな		大・昭・平・令 年 月 日			□有			
ふりがな	年 月 日								
母の状況	□ 妊娠している (出産予定日 /)			出産後の状況		育児休業を □ 取得予定である □ 取得予定はない			
住民 登録地	父	令和7年1月1日時点	□加古川市 □他市区町村(市区町村)※		令和8年1月1日時点	□加古川市 □他市区町村(市区町村)※			
	母	令和7年1月1日時点	□加古川市 □他市区町村(市区町村)※		令和8年1月1日時点	□加古川市 □他市区町村(市区町村)※			
	※住民登録地欄で他市区町村に☑をいれている方は、住民登録地のあった市区町村名を記入してください。保育所等の利用が決定した場合は、個人番号(マイナンバー)での情報連携にて保育料の算定に必要な課税情報の照会を行います(確認できない場合は所得・課税証明書の提出を依頼します。)								
	◆DV等の支援措置を受けている方の個人番号(マイナンバー)での情報連携について 令和7年1月2日以降に加古川市に転入した方うち、DV等の支援措置を受けている方でマイナンバーを利用した情報連携を希望されない方は、利用不可に☑をいれてください。(情報連携を行った履歴により居所が判明する恐れがあるため。)								
特別児童扶養手当について (該当される場合のみ記入) 児童扶養手当とは異なります。		□ 受給している (年 月 日開始) □ 受給していないが認定は受けている (年 月 日開始)							
利用希望保育所等 (市内園希望の場合は最大5園まで)		※市内園と市外園を併願することはできません。 ※市外園を利用希望の方は、希望できる保育所等の上限を確認のうえ、希望園を記入してください。また、希望園の所在する市区町村名を記入してください。				生活保護の適用 (適用されている場合のみ記入)		□ 有 (年 月 日開始)	
第1希望		□見学済	(市区町村)		利用希望時間 (状況によってご希望に添えないことがあります。)		□ 標準時間 □ 短時間 ※保護者のいずれかが「求職活動」事由の場合は短時間しか選択できません		
第2希望		□見学済	(市区町村)		利用決定園 (幼稚園、幼稚園部利用者のみ)		幼稚園部 幼稚園		
第3希望		□見学済	(市区町村)		利用を希望する期間 (保育所等入所の場合は、月初日入所です。)		令和 年 月 日 ~		
第4希望		□見学済	(市区町村)						
第5希望		□見学済	(市区町村)						
送迎方法 ※複数選択可		□ 徒歩 □ 自転車 □ 車 □ バス □ 電車 □ その他()							
(注)入所決定を辞退された場合、以降の利用調整で減点され不利になりますので、利用希望保育所等には通園可能な園のみ選択してください。									

※市使用欄

年度	住基	書類	点数	帯	認定	スキャン	帯入力	入力	認定	決定	契約
				OK NG	要 不要						
①階層	金額(1/2 0/10 幼)	①入力	②階層	金額(1/2 0/10 幼)	②入力	③階層	金額(1/2 0/10 幼)	③入力			
		/			/			/			

児童氏名	
------	--

現在の保育状況	本人	☐ 家庭(内・外)で()が保育している ☐ (施設種別：認可・認可外・企業主導型・不明) ()保育園・幼稚園に在籍中
	就学前きょうだい	☐ 家庭(内・外)で()が保育している ☐ (施設種別：認可・認可外・企業主導型・不明) ()保育園・幼稚園に在籍中
身体状況	目は	☐ 見える ☐ 見えづらい ☐ めがね使用 ☐ 不明
	耳は	☐ 聞こえる ☐ 聞こえづらい ☐ 補聴器使用 ☐ 不明
	ひきつけ	☐ ない ☐ ある(月に / 週に 回くらい)
	常用薬の服用	☐ ない ☐ ある(薬名：) ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ※服用時間常すべてに☑をいれてください。
	アレルギー	☐ ない ☐ ある(種類：) ☐ 不明
	除去食	☐ ない ☐ ある(種類：) ☐ 不明
	障害者手帳等	☐ ない ☐ ある ☐ 申請中 (種類：身体(部位：) / 療育)
乳幼児健康診査は受診しましたか	※受診した健診すべてに☑をいれてください ☐ 受けた(□4か月 □10か月 □1歳6か月 □3歳) ☐ 受けていない(受診予定： 月)	
健診時に指導はありましたか	☐ 無 ☐ 有(いつ：)健診時に下記のとおり ()	
こども療育センター等の関係機関への相談歴	☐ 無 ☐ 有(期間：)	
既往症 (今までにかかった大きな病気)	☐ 無 ☐ 有(☐ 完治 ☐ 治療中 病名等：) ※保育所等では、基本的に投薬は行えません。必要な場合は、事前にすべての希望園へご確認ください。	
個別対応が必要なことがありますか	☐ 無 ☐ 有 (☐ 希望園 園長確認済 内容：) ※事前確認がない場合、個別対応ができません。対応可能であるか、事前にすべての希望園へご確認ください。 【個別対応例】 検温、服薬管理、障がい(手帳の有無問わず)、アレルギー等 【個別対応でない例】 好き嫌いがある、概ね3歳以上でトイレがひとりで完全にできない等	
※集団生活ができない場合、利用決定を取り消すことがあります。心配なことがありましたら、事前に希望園へご確認ください。		

祖父母の 状況	区分		氏 名	年齢 R8.3.31時点	就労の 有無	障がい の有無	申請に係る子どもとの同居・別居(別居の場合は住所を記入)	
	父 方	祖父			有・無	☐ 有	同居・別居	
		祖母			有・無	☐ 有	同居・別居	
	母 方	祖父			有・無	☐ 有	同居・別居	
		祖母			有・無	☐ 有	同居・別居	
	※申請に係る子どもと同居している祖父母で、障がい ☒ 有の場合は障害者手帳等のコピーを添付してください。							
父母以外の 緊急の連絡先	氏名		子どもとの 続柄		電話			

きょうだいで入所希望の方	
①～④のいずれかを選び、該当項目にチェックしてください。	
(注)就労予定・育児休業からの復職を理由に申込みされる方は、きょうだいが1人でも入所決定した場合、必ず就労・育児休業から復職をする必要があります。 (注)『□希望下位でも、同園を優先』を選択された場合でも、入所調整の結果、同園で決定できない場合は『□別園でも、希望順位を優先』で決定します。	
☐ ①	同時に同園を利用できる場合のみ希望する
☐ ②	同時に入園できれば、別園に入園でもいい ※下記項目もチェックしてください。
☐	☐ 希望下位でも、同園を優先 ☐ 別園でも、希望順位を優先
☐ ③	1人だけでも入園希望 ※下記項目(1)・(2)それぞれチェックしてください。
☐	(1) 同時に入園できる場合 ☐ 希望下位でも、同園を優先 ☐ 別園でも、希望順位を優先
☐	(2) 1人だけ入園できる場合 ☐ (名前：)が先に入園できる場合のみ希望 ☐ どの子でも希望
☐ ④	その他()

※本紙に記載された内容は、必要に応じて利用(希望)保育所等へ通知しますのでご了承ください。

※市使用欄

--