

教育・保育給付認定（現況届）申請書 兼 保育施設利用申込書
（施設型給付費・地域型給付費等）

新規・継続の別

☐ 新規
☐ 継続
(園)

令和 年 月 日

〒 3 5 0 - 0 1

川島町長 あて

受付印

保護者住所
（申請者）

川島町

フリガナ
保護者氏名
（申請者）

① 父携帯・母携帯
自宅・その他 ()

② 父携帯・母携帯
自宅・その他 ()

③ 父携帯・母携帯
自宅・その他 ()

次の通り施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定（現況届）申請を行い、保育の利用を申し込みます。

フリガナ			生年月日		性別		障害者手帳の有無		4月1日の年齢		
申請児童名			令和 年 月 日生		男・女		有 (度/級)		歳		
							無				
			個人番号 (マイナンバー12桁)								-
住所 (申請者と異なる場合のみ記載)			令和8年1月1日現在の住所		☐ 川島町 ☐ 他		都道府県		市町村		
			令和9年1月1日現在の住所 (予定)		☐ 川島町 ☐ 他		都道府県		市町村		
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（幼稚園等と併願の場合を含む）										
	☐ 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）										
(※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。											
利用を希望する期間	令和 9 年 月 1 日から ☐ 就学前まで ☐ 令和 年 月 日まで										
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)									
	第4希望	(希望理由)									
二人以上の入園を希望される方	☐ 同時に同じ園のみ入園する ☐ 同時であれば、別々の保育園でも入園する ☐ 一人だけでも入園希望（入園できなかった児童の状況）預け先等：										

①保育の利用を必要とする理由等（保育の希望の有無において「有」に☑チェックを付けた方は記入してください。）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由									
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他 ()									
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 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					時 分から 時 分まで					
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 (☐ 死亡 ☐ 離婚 ☐ 別居 ☐ 行方不明 ☐ 未婚 ☐ その他) ・ ☐ 単身赴任										

②世帯の状況（世帯分離に関係なく、同一の家に住んでいる家族を記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名（学年）等	年齢	性別	前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無					
申請児童の世帯員	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無					
			個人番号（マイナンバー12桁）							-		
(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日生		歳	男・女	有・無						
		個人番号（マイナンバー12桁）							-			
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り（ 年 月 日保護開始）										

③税情報等の提供に当たっての署名欄（自署の場合のみ押印省略できます）

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定、利用調整及び利用者負担等の決定のため必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに申請保護者及び同居親族等は同意します。

保護者氏名印

④誓約書（自署の場合のみ押印省略できます）

⑤保育料連帯保証書

誓約書 保育園に入園後は保育園の規則を守り、保育料は責任をもって期日までに納付することを誓約します。 令和 年 月 日 保護者署名印 保護者署名印	保育料連帯保証書 入園児童の保育料について、保護者が完納することを連帯して保証いたします。万一滞納した場合は、私が責任をもって納入いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 (保証人) 氏名 (保証人) 電話番号 ※必ず保証人本人が記入してください
--	--

- 1 保育の実施を必要とする理由を証明する書類を添付してください。
- 2 きょうだい2人以上が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに申請書を提出してください。
- 3 この申請書又は証明する書類に虚偽等がある場合は、教育・保育給付認定並びに入所を保留又は解除する場合があります。
- 4 町が行う利用調整により、希望する保育所又は認定子ども園に入所できない場合がありますので、ご了承ください。

*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	☐ 有（ 契約・内定（ 年 月 日契約（内定）） ） ・ ☐ 無
備考	

（裏面）

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

令和9年度

児童氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
------	--------	------	-----------	-----

○保護者の状況

		母の状況	父の状況
就 労	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ パート ☐ 非常勤・臨時 ☐ 派遣 ☐ 業務委託 ☐ 農業 ☐ 内職 ☐ その他 ☐ 自営業 (☐ 居宅内 ☐ 居宅外)	☐ 正社員 ☐ パート ☐ 非常勤・臨時 ☐ 派遣 ☐ 業務委託 ☐ 農業 ☐ 内職 ☐ その他 ☐ 自営業 (☐ 居宅内 ☐ 居宅外)
	仕事先の名称 (予定の場合も記入)	電話 ()	電話 ()
	勤務先の所在地	住所 ・通勤手段 ・通勤時間	住所 ・通勤手段 ・通勤時間
	勤務時間・日数	時 分から 時 分 週 ・ 月 日	時 分から 時 分 週 ・ 月 日
	就労(予定)年月日	年 月 日から	年 月 日から
	求職中	【活動内容】	【活動内容】
就 学	学校名		
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
疾 病	病名		
	病院名		
	現在の状況	☐ 入院 (年 月 日から) ☐ 通院 (週・月 回) ☐ 自宅療養中	☐ 入院 (年 月 日から) ☐ 通院 (週・月 回) ☐ 自宅療養中
障 害	障害名		
	手帳の有無	☐ ない ☐ ある (身体 ・ 精神 ・ 療育 級)	☐ ない ☐ ある (身体 ・ 精神 ・ 療育 級)
看 護 ・ 介 護	非看護・介護者	続柄()	続柄()
	病名等		
	居宅内	☐ 全介護 ☐ 常時観察介護 ☐ 要介護	☐ 全介護 ☐ 常時観察介護 ☐ 要介護
	居宅外	☐ 入院 ☐ その他 ()	☐ 入院 ☐ その他 ()
妊 娠 ・ 育 出 児 産 休 業	妊娠・出産 (申請時点)	☐ 無 ☐ 有 (予定日 年 月 日)	
	産前・産後休暇	年 月 日 ~ 年 月 日	
	育児休暇	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済 年 月 日 ~ 年 月 日	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済 年 月 日 ~ 年 月 日

○祖父母の状況(別居・同居にかかわらずご記入ください)

		母方	父方
祖 父	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所		
	状態	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡 ☐ 不明 ☐ その他	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡 ☐ 不明 ☐ その他
	就労状況	☐ 無 ☐ 有 (1日()時間)	☐ 無 ☐ 有 (1日()時間)
祖 母	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所		
	状態	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡 ☐ 不明 ☐ その他	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡 ☐ 不明 ☐ その他
	就労状況	☐ 無 ☐ 有 (1日()時間)	☐ 無 ☐ 有 (1日()時間)

○児童の状況

現在の 保育 状況	1. 自宅で保育している		保育している人 / ☐ 母 ☐ 父 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他()			
	2. 預けている		週 日 / ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 親類 ☐ 友人 同伴就労 ☐ その他()			
	3. 保育施設・幼稚園等		☐ 保育園 ☐ 認定子ども園 ☐ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ 一時保育 ☐ その他 (施設名) (所在地/市町村名)			
生育 歴	出生時		身長 (cm) 体重 (g)			
	現在の身長・体重		身長 (cm) 体重 (kg)			
	身体発達状況		☐ ふつう ☐ ややおそい ☐ おそい			
			首のすわり (か月) 這う (か月) ひとり歩き (歳 か月)			
	現在の授乳状況		☐ 母乳 ☐ ミルク ☐ 混合 ☐ 卒乳 (歳 か月)			
			・哺乳瓶の使用 ☐ あり ☐ なし			
	食事状況		離乳食(開始:生後 か月) ☐ 初期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ 完了 / ☐ 幼児食			
			・食べ方 ☐ 食べさせてもらう ☐ 手でつかんで食べる ☐ スプーン ☐ はし			
	排せつ		・おむつをしている ☐ はい ☐ いいえ ☐ 夜間のみ			
			・排せつが ☐ ひとりでできる ☐ 手伝えばできる ☐ できない (排せつを伝えることが ☐ できる ☐ できない)			
	ア レ ル ギ ー	食物アレルギー	☐ ない ☐ ある	☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ 大豆 ☐ その他 ()		
		その他アレルギー	☐ ない ☐ ある	☐ 花粉 ☐ ダニ・ハウスダスト ☐ その他 ()		
		アナフィラキシー	これまでに症状が	☐ ない ☐ ある (症状;)		
いつ頃から(原因)			年 月 頃から (原因;)			
給食での除去食の必要がありますか？		☐ ない ☐ ある (除去食名 :)				
医 療 歴	ひきつけ・けいれん		☐ ない ☐ ある (初回 歳 か月 / 発熱 ☐ ない ☐ ある ℃)			
			・その後の回数 回 / 状態			
	てんかん		☐ ない ☐ ある (初回 歳 か月 / 発熱 ☐ ない ☐ ある ℃)			
			・服薬 ☐ ない ☐ ある (開始時期 歳 か月 ・ 1日 回使用)			
	既往歴		☐ ない ☐ ある { ☐ 肺炎 ☐ 中耳炎 ☐ 肝炎 ☐ 川崎病 ☐ 喘息 ☐ 水ぼうそう ☐ ヘルニア ☐ 脱臼(部位) ☐ その他()			
	① 今までに大きな病気、けがをしたことが (☐ ある ☐ ない ☐ 疑いがある) 病名 (☐ 経過観察中 ☐ 治療の予定あり ☐ 完治) ② 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。 (☐ ある ☐ ない) 病名等 主治医指摘事項 病院・施設の名称					
健 康 診 断	4～5か月健診	☐ 未受診 ☐ 問題なし ☐ 指導あり (内容; 受診場所;)				
	1歳6か月健診	☐ 未受診 ☐ 問題なし ☐ 指導あり (内容; 受診場所;)				
	2歳児健診	☐ 未受診 ☐ 問題なし ☐ 指導あり (内容; 受診場所;)				
	3歳児健診	☐ 未受診 ☐ 問題なし ☐ 指導あり (内容; 受診場所;)				
そ の 他	延長保育	☐ 希望しない ☐ 希望する (☐ 朝延長のみ ☐ 夕方延長のみ ☐ 朝・夕方延長)				
	土曜保育	☐ 希望しない ☐ 希望する				

○特記事項(その他集団生活において気になること、心配なことがありましたらご記入ください。)