

| | |
|------|-------|
| 受付日 | 年 月 日 |
| 受付施設 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

H30.8ver.

利用調整申込書兼児童台帳 (2号・3号施設型給付・地域型保育給付)

あて先 豊中市長

記入日 年 月 日

| | | | | |
|-------------|---------|----------------|---------|--|
| 保 護 者 | 住所1 | 〒 ー 豊中市 | | |
| | 住所2 | 〒 ー 転予 (/ /) | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 連絡先 | 自宅1 () | 自宅2 () | |
| | 携帯1 () | 携帯2 () | (父・母) | |

施設への入所につき、次のとおり申込みします。

| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 勤務先名、学校名等 |
|---|----|----|------------|-----|-----------|
| フリガナ | | | 年 月 日 | 男・女 | |
| 児童名 | | 本人 | (西暦) 年 月 日 | 男・女 | |
| 児童と同 居してい る方全員 | | 父 | 年 月 日 | / | |
| | | 母 | 年 月 日 | | |
| (住民票の 世帯では なく、実 際の居住 世帯をご 記入くだ さい。) | | | 年 月 日 | 男・女 | |
| | | | 年 月 日 | 男・女 | |
| | | | 年 月 日 | 男・女 | |
| | | | 年 月 日 | 男・女 | |

(注) 単身赴任等で一時的に別居している場合もご記入ください。その場合勤務先欄に居住地もご記入ください。

1. 保育の必要な事由に○印をつけてください。

| | | | | | | | | |
|---|---------|---------|--------------|---------|---------|--------|--------|-------|
| 父 | 1 家庭外労働 | 2 家庭内労働 | 3 疾病・障害 | 4 介護・看護 | 5 災害復旧 | 6 求職活動 | 7 その他 | |
| 母 | 1 家庭外労働 | 2 家庭内労働 | 3 出産前後(各2か月) | 4 疾病・障害 | 5 介護・看護 | 6 災害復旧 | 7 求職活動 | 8 その他 |

2. 入所希望日をご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

3. 申込中(待機中)のきょうだいがいる方は、入所内定の時期について該当する番号に○印をつけてください。

| | |
|----------------------------|------------------------|
| 1. きょうだい同時期に入所内定した時のみ入所を希望 | 1-1. きょうだい別々の施設でも入所を希望 |
| 2. きょうだい一人だけが内定した場合も入所を希望 | 1-2. きょうだいと同じ施設の入所を希望 |

4. 保育の必要量について希望する番号に○印をつけてください。

| | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 保育標準時間(保育時間最長11時間) | 2. 保育短時間(保育時間最長8時間) |
|-----------------------|---------------------|

5. 入所希望施設をご記入ください。(希望数は25施設までとなります。)

| 希望順と施設名 | 希望順と施設名 | 希望順と施設名 | 希望順と施設名 | 希望順と施設名 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. | 6. | 11. | 16. | 21. |
| 2. | 7. | 12. | 17. | 22. |
| 3. | 8. | 13. | 18. | 23. |
| 4. | 9. | 14. | 19. | 24. |
| 5. | 10. | 15. | 20. | 25. |

6. (1歳児および2歳児クラス該当者のみ) 認可施設に内定しなかった場合、庄内一時保育事業の利用について該当する番号に○印をつけてください。※利用にあたっては認可施設への転所届の提出が必須となります。

| | |
|---------|----------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない |
|---------|----------|

市記入欄(以下は記入しないでください。)

| 認定の可否 | 認定区分等 | 入力確認 |
|--------------|-----------------------|-----------------|
| 可・否 平成 年 月 日 | □1号 □2号 □3号(□標準 □短時間) | □1回目() □2回目() |

6. 世帯の状況

該当する項目は全てご記入ください。【選択肢のある項目は、a～fの当てはまる記号に○印をつけてください。】

※就労中でありながら、就労先の名称、所在地、勤務時間・日数等に記入がない場合は就労予定とみなすことがありますので注意してください。また、自営業等で事務所の名称がない場合や勤務先が一定でない（現場作業等）場合は、その旨ご記入ください。疾病や介護の場合も同様にもれのないようご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------|---------|---------|---------|------------------|--------|-----------|----------------------|
| 父親の有無 | a 有 | b 無 [いつから] | 年 | 月 | から [理由] | a 死亡 | b 離婚 | c 行方不明 | d その他 () | |
| 1 就労状況 (※就学の場合は、就労等の文字を就学にかえてご記入ください。) | 名称 | | | | | 職種内容 | | | | |
| | 所在地 | | | | | TEL | () | | | |
| | 労働形態 | a 家庭外労働 b 家庭内労働 c その他 () | | | | | | | | |
| | 雇用形態 | a 正社員・正職員 b パート・アルバイト c 自営業 d その他 () | | | | | | | | |
| | 勤務時間 (残業時間も含めた平均時間) | | | | | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 勤務日数 | a 日/週 b 不規則、月 () 日 | | | | | | | | |
| | 通勤時間 | 片道 分 | | | | | | | | |
| | 主な通勤手段 | a 徒歩 b 自転車 c 車 d バス e 電車 f その他 () | | | | | | | | |
| | 育児休業期間 | 年 月 日～ | | | | 年 月 日まで | | | | a 取得する (2を記入) b 終了した |
| 2 育児休業に関する申立 | <p>私は、現在育児休業取得中ですが、施設への入所が内定し入所をする場合には、復職し、育児休業期間終了の復職証明及び保育を必要とする事由証明書を提出します。なお、入所日の属する月内かつ入所日から14日以内に復職ができない場合には、申込み児童について施設を退所します。</p> <p>また、申込み児童について保育の実施を解除されても異議申し立てることはありません。</p> <p style="text-align: right;">育児休業取得者氏名 印</p> | | | | | | | | | |
| | <p>現在取得している育児休業中に施設への入所が内定しない場合、育児休業を延長するかどうか、以下から選んでチェックしてください。(この項目は選考自体に全く影響しません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長しない (職場復帰する)</p> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 3 疾病・障害 | 病名・障害名 | | | | | 手帳の有無 | 有 () 手帳 () 級・無 | | | |
| | 身体状況 | a 入院 b 通院 c 自宅療養 d その他 () | | | | | | | | |
| | 入院・通院・自宅療養状況 | 期間 | 年 月 日～ | | | | 年 月 日 | | | |
| | | 病院名 | | | | | 所在地 | | | |
| <p>保育を必要とする理由をご記入ください。 ()</p> | | | | | | | | | | |
| 4 介護・看護 | 病人等氏名 | | | | | 児童との続柄 | | | | |
| | 病名・障害名 | | | | | 手帳の有無 | 有 () 手帳 () 級・無 | | | |
| | 看護日数 | 月 () 回 | | 1日の看護時間 | | 時 分～時 分 | | | | |
| | 看護等状況 | a 入院看護 b 家庭内介護 (自宅) c 通院付添 d その他 () | | | | | | | | |
| 入院・通院病院名 | | | | 所在地 | | | | | | |
| 5 災害復旧 | 災害を受けた日 | 年 月 日 | | | | 災害状況 | | | | |
| | 復旧予定日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 6 求職活動申立 | <p>私は現在、求職活動中ですが、施設入所条件を満たす就労を行うため、施設への入所を希望し、申込みをするものです。なお、認定申請書交付後 90 日以内に入所要件たる就労ができない場合は、保育の実施を解除されても異議申し立てはいたしません。</p> <p style="text-align: right;">求職活動者名 印</p> | | | | | | | | | |
| | 求職の状況 | <p>求職のための現在の主な活動を以下から選んでチェックをつけてください。 (この項目は選考自体に全く影響しません。)</p> <p><input type="checkbox"/> ハローワーク等専門機関を利用した求職活動を行っている。 <input type="checkbox"/> インターネット等で、自主的な情報収集を行っている。 <input type="checkbox"/> 入所が決定したら、本格的に求職する。 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------|-----------|
| 母親の有無 | a 有 b 無 [いつから] 年 月から [理由] a 死亡 b 離婚 c 行方不明 d その他 () | | | |
| 1 就労状況 (※就学の場合は就労等の文字を就学にかえてご記入ください。) | 名称 | | | 職種内容 |
| | 所在地 | Tel () | | |
| | 労働形態 | a 家庭外労働 b 家庭内労働 c その他 () | | |
| | 雇用形態 | a 正社員・正職員 b パート・アルバイト c 自営業 d その他 () | | |
| | 勤務時間 (残業時間も含めた平均時間) | 時 分 ~ 時 分 | | |
| | 勤務日数 | a 日/週 b 不規則、月 () 日 | | |
| | 通勤時間 | 片道 分 | | |
| | 主な通勤手段 | a 徒歩 b 自転車 c 車 d バス e 電車 f その他 () | | |
| 育児休業期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日まで a 取得する (3を記入) b 終了した | | | |
| 2 出産前後 | 出産予定日 | 年 月 日 | | |
| | 出産2ヶ月後の予定 | a 就労 b 育児休業取得 c その他 () | | |
| 3 育児休業に関する申立 | <p>私は、現在育児休業取得中ですが、施設への入所が内定し入所をする場合には、復職し、育児休業期間終了の復職証明及び保育を必要とする事由証明書を提出します。なお、入所日の属する月内かつ入所日から14日以内に復職ができない場合には、申込み児童について施設を退所します。</p> <p>また、申込み児童について保育の実施を解除されても異議申し立てることはありません。</p> <p style="text-align: center;">育児休業取得者氏名 印</p> | | | |
| | <p>現在取得している育児休業中に施設への入所が内定しない場合、育児休業を延長するかどうか、以下から選んでチェックしてください。(この項目は選考自体に全く影響しません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長しない (職場復帰する)</p> | | | |
| 4 疾病・障害 | 病名・障害名 | | | 手帳の有無 |
| | 身体状況 | a 入院 b 通院 c 自宅療養 d その他 () | | |
| | 入院・通院・自宅療養状況 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 病院名 | 所在地 | |
| <p>保育を必要とする理由をご記入ください。 ()</p> | | | | |
| 5 介護・看護 | 病人等氏名 | | | 児童との続柄 |
| | 病名・障害名 | | | 手帳の有無 |
| | 看護日数 | 月 () 回 | 1日の看護時間 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 看護等状況 | a 入院看護 b 家庭内介護 (自宅) c 通院付添 d その他 () | | |
| 入院・通院病院名 | | 所在地 | | |
| 6 災害復旧 | 災害を受けた日 | 年 月 日 | 災 害 状 況 | |
| | 復旧予定日 | 年 月 日 | | |
| 7 求職活動申立 | <p>私は現在、求職活動中ですが、施設入所条件を満たす就労を行うため、施設への入所を希望し、申込みをするものです。なお、認定申請書交付後90日以内に入所要件たる就労ができない場合は、保育の実施を解除されても異議申し立てはいたしません。</p> <p style="text-align: center;">求職活動者名 印</p> | | | |
| | 求職の状況 | <p>求職のための現在の主な活動を以下から選んでチェックをつけてください。 (この項目は選考自体に全く影響しません。)</p> <p><input type="checkbox"/> ハローワーク等専門機関を利用した求職活動を行っている。 <input type="checkbox"/> インターネット等で、自主的な情報収集を行っている。 <input type="checkbox"/> 入所が決定したら、本格的に求職する。 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> | | |

7. その他の状況【選択肢 a～g の当てはまる番号に○印をつけてください。】

| | |
|----------|--|
| 生活保護受給状況 | a 無 b 有 (年 月から) c 申請中 |
| 現在の保育状況 | a 保護者が自宅で保育 b 祖父母に預けている c 職場の保育施設 d 認可外保育施設 e 一時保育を利用 f 幼稚園 () g その他 () |

8. 児童の状況 必ず全てご記入ください。【選択肢のある項目は、a～f の当てはまる記号に○印をつけてください。】

| | | | |
|-------|---|---|--|
| 児童の状況 | 集団生活の経験 | a ある 期間 年 月 ～ 年 月 場所 () b ない | |
| | 身体の様子 | ・出生児の体重 (g) 在胎 (週) ・出産時の気になること (ない・ある) →ある方 () ・首すわり (月) ・人見知り (月) ・一人座り (月) ・一人歩き (月) ・耳の聞こえなどに心配が (ない・ある) →ある方 () ・視力などに心配が (ない・ある) →ある方 () ・ひきつけたことが (ない・ある) →ある方 (熱性けいれん 非熱性けいれん 歳の時) ・定期的な経過観察が必要な病気にかかったことが (ない・ある) →ある方 () ・継続的に与薬が必要な状況が (ない・ある) →ある方 () | |
| | | 健診の受診状況 | ・受けた健診に○をつけてください。 a 4ヶ月健診 b 1歳半健診 c 3歳半健診 d その他 () ★上記健診で医師、保健師からお聞きになったことが (ない・ある) →ある方 () |
| | 育ちのすがた | 0～2歳 | ・大人からの話しかけがわかりますか。(はい・いいえ) ・単語・二語文をしゃべりますか。(はい・いいえ) ・身近な大人の後追いをしますか。(はい・いいえ) ・要求やしてほしいことを指差しやしぐさ等であらわしますか。(はい・いいえ) ・お子さんと目が合いますか (はい・いいえ) ・身近な人に甘えますか (はい・いいえ) ・高いところに好んでのぼり危険な行動はありますか。(はい・いいえ) |
| | | 3～5歳 | ・簡単な会話ができますか。(はい・いいえ) ・要求やしてほしいことを言葉やしぐさであらわしますか。(はい・いいえ) ・身近な大人に甘えたり頼ったりしますか。(はい・いいえ) ・お子さんと目が合いますか。(はい・いいえ) ・外に出たときによく迷子になり目が離せないことがありますか (はい・いいえ) ・高いところを好んでのぼり危険な行動はありますか (はい・いいえ) |
| | アレルギーについて | a ない b ある →下記へ記入 (症状・原因) ・食事制限 (除去) が (ない・ある) →ある方 (除去する食品) ・毎日飲む薬がありますか (ない・ある) →ある方 (1日 回 を服用) | |
| | ★現在、通われている機関などが (ない・ある) →ある場合は下記を○で囲んでください。 ・保健センターすこやかクリニック ・医師クリニック ・ひまわり言語教室 ・くれよん親子教室 ・あゆみ学園 (親子通園 ・単独通園) ・しいの実学園 (通園 ・外来訓練) ・その他療育機関・病院など () →通っている理由 () | | |
| | ★お子さんの育ちで気になることが (ない・ある) →ある場合は具体的にご記入ください。(どんな所が気になるか、どこで言われたか等) | | |

9. 祖父母の状況

| 区分 | 名前 | 年齢 | 現在の状況 | | 住所 |
|----|----|----|---|---------|----|
| | | | a 仕事がある b 疾病・障害がある c 看護・介護をしている d その他 () | Tel () | |
| 父方 | 祖父 | | a 仕事がある b 疾病・障害がある c 看護・介護をしている d その他 () | Tel () | |
| | 祖母 | | a 仕事がある b 疾病・障害がある c 看護・介護をしている d その他 () | Tel () | |
| 母方 | 祖父 | | a 仕事がある b 疾病・障害がある c 看護・介護をしている d その他 () | Tel () | |
| | 祖母 | | a 仕事がある b 疾病・障害がある c 看護・介護をしている d その他 () | Tel () | |

10. 同意欄

適正な利用料の算定及び利用調整の実施にあたり、市の保有する児童及び世帯員の住民票、税務資料、生活保護受給状況資料、児童扶養手当及び児童手当資料の閲覧及び取得を同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名

印