

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 2023年××月××日

代表保護者 住所1 〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1 住所2 〒 - 転予 (/ /) 氏名 豊中 太郎 現在、他市にお住まいで豊中市に転入予定の場合、「住所1」に豊中市の住所(予定)、「住所2」に他市の住所を記入。「転予」には転入予定日を記入。 連絡先 携帯1 090-0000-0000 (父・母) 携帯2 080-△△△△-△△△△ (父・母) 自宅 06-××××-××××

施設への入所につき、次のとおり申込みします。

Table with columns: 氏名, 続柄, 生年月日, 性別, 勤務先名、学校名等. Includes entries for 豊中 未来 (child), 豊中 太郎 (father), 豊中 母美 (mother), 豊中 兄郎 (brother).

選択する場合は「○」か「□」で

鉛筆、消えるボールペンでの記入不可 (記入内容を訂正する場合は二重線で消して訂正印を押印)

(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

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. 入所希望日および内定希望時期について該当する項目に☑を入れてください。

2023年11月10日(A) 入所に関する証明書(内定証明)の「入所希望日」には()が記入されています。 2024年4月(B)から内定希望する。 (B)の選考以降に指数をつけて... 実際に入所を希望するのが2024年4月なので(B)に記入

3. 申込中(待機中)のきょうだいがいる方は、入所内定の順序を記入してください。

1. きょうだい同時期に入所内定した時のみ入所を希望 2. きょうだい一人だけが内定した場合も入所を希望 施設名は必ず正式名称で記載 似ている施設名がありますのでご注意ください (例)「ゆたかこども園」と「ゆたか保育園」、 「アイグラン保育園千里中央」「アイグラン保育園寺内」「アイグラン保育園西泉丘」「アイグラン保育園南桜塚」、 「東豊中ひだまり」「東泉丘ひだまり」「豊中ひだまり」など

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

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)

Table with 5 columns: 希望順と施設名. Includes entries like あああ保育園, かかか保育園, さささ保育園, たたた保育園, ななな保育園, いいいこども園, きききこども園, しししこども園, ちちちこども園, にににこども園, ううう幼稚園, くくく幼稚園, すすす幼稚園, つつつ幼稚園, ぬぬぬ幼稚園, えええ保育所, けけけ保育所, せせせ保育所, ててて保育所, ねねね保育所, おおお園, こっこ園, そそそ園, ととと園, ののの園

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に庄内・北部一時保育事業の利用を希望する場合、利用を希望する施設に☑を入れ、希望順位に○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です。

□ポピンズキッズルーム庄内(希望順位: 1・2) □ポピンズキッズルーム桜の町(希望順位: 1・2)

7. 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ないようご記入ください。

父の状況

父親の有無	<input checked="" type="checkbox"/> a 有 <input type="checkbox"/> 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	あいう(株)		職種内容	小売業	
	所在地	大阪市北区梅田 1-1-1		〒	06 (○×△□) ○×△□	
	労働形態	<input checked="" type="checkbox"/> a 家庭外労働 <input type="checkbox"/> b 家庭内労働 <input type="checkbox"/> c その他 ()				
	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> a 正社員・正職員 <input type="checkbox"/> b パート・アルバイト <input type="checkbox"/> c 自営業 <input type="checkbox"/> d その他 ()				
	勤務時間 (残業時間も含めた平均時間)	9時 00分 ~		18時 00分		
	勤務日数	<input checked="" type="checkbox"/> a 5 日/週 <input type="checkbox"/> b 不規則、月 () 日				
	通勤時間	片道 60 分				
	主な通勤手段	<input checked="" type="checkbox"/> a 徒歩 <input type="checkbox"/> b 自転車 <input type="checkbox"/> c 車 <input type="checkbox"/> d バス <input checked="" type="checkbox"/> e 電車 <input type="checkbox"/> f その他 ()				
	育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> a 取得する (2を記入) <input type="checkbox"/> b 終了した				
2 育児休業に関する申立	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保育を必要とする事由証明書を提出します。なお、 <u>入所日の属する月内に復職ができない場合、市が指定する期日までに育児休業期間終了の保育を必要とする事由証明書を提出できない場合には、申込み児童について施設を退所します。</u> 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。					
	育児休業取得者氏名					
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。) <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)						
3 疾病・障害	病名・障害名			手帳の有無	有 () 手帳 () 級・無	
	身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> a 入院 <input type="checkbox"/> b 通院 <input type="checkbox"/> c 自宅療養 <input type="checkbox"/> 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	
保育を必要とする理由をご記入ください。 ()						
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	<input checked="" type="checkbox"/> a 家庭内介護 (自宅) <input type="checkbox"/> b 通院付添 <input type="checkbox"/> c 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	私は、児童の支給認定書が交付され、認定開始日から90日が経過する日が属する月の末日までに就労要件を満たす労働に就き、市の指定する期日 (認定終了の前月25日) までに勤務にかかる保育を必要とする事由証明書を提出することを誓約いたします。なお、市の指定する期日までに就労要件を満たしていることが確認できない場合は、保育の実施を解除されても異議を申し立ていたしません。					
	求職の状況	求職活動者名 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。) <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 ()				

母の状況

母親の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	(株)いろは	職種内容	飲食業	
	所在地	豊中市北桜塚1-3-1 Tel 06 () () () () () ()			
	労働形態	<input checked="" type="checkbox"/> a 家庭外労働 <input type="checkbox"/> b 家庭内労働 <input type="checkbox"/> c その他 ()			
	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> a 正社員・正職員 <input type="checkbox"/> b パート・アルバイト <input type="checkbox"/> c 自営業 <input type="checkbox"/> d その他 ()			
	勤務時間 (残業時間も含めた平均時間)	9時 00分 ~ 17時 00分			
	勤務日数	a 日/週 b 不規則、月 (20) 日			
	通勤時間	片道 10 分			
	主な通勤手段	<input checked="" type="checkbox"/> a 徒歩 <input type="checkbox"/> b 自転車 <input type="checkbox"/> c 車 <input type="checkbox"/> d バス <input type="checkbox"/> e 電車 <input type="checkbox"/> f その他 ()			
育児休業期間	2022年 12月 20日 ~ 2023年 11月 10日まで <input checked="" type="checkbox"/> a 取得する (3を記入) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> b 育児休業取得 <input type="checkbox"/> c その他 () <input type="checkbox"/>			
3 育児休業に関する申立	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保育を必要とする事由証明書を提出します。なお、 <u>入所日の属する月内に復職ができない場合、市が指定する期日までに育児休業期間終了の保育を必要とする事由証明書を提出できない場合には、申込み児童について施設を退所します。</u> 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。				
	育児休業取得者氏名 <u>豊中 母美</u> 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。) <input checked="" 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)				
4 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	
保育を必要とする理由をご記入ください。()					
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	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 家庭内介護 (自宅) b 通院付添		c 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	私は、児童の支給認定書が交付され、認定開始日から90日が経過する日が属する月の末日までに就労要件を満たす労働に就き、市の指定する期日 (認定終了の前月25日) までに勤務にかかる保育を必要とする事由証明書を提出することを誓約いたします。なお、市の指定する期日までに就労要件を満たしていることが確認できない場合は、保育の実施を解除されても異議を申し立ていたしません。				
	求職の状況	求職活動者名 _____ 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。) <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 ()			

8. 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	<input checked="" type="radio"/> a 無 b 有 (年 月から) c 申請中
現在の保育状況	<input checked="" type="radio"/> 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 ()

9. 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。】

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 (2, 800 g) 在胎 (40 週) ・出産時の気になること (<input checked="" type="radio"/> ない) ・ある →ある方 () ・首すわり (3ヶ月) ・人見知り (9ヶ月) ・一人座り (6ヶ月) ・一人歩き (10ヶ月) ・耳の聞こえなどに心配が (<input checked="" type="radio"/> ない) ・ある →ある方 () ・視力などに心配が (<input checked="" type="radio"/> ない) ・ある →ある方 () ・ひきつけたことが (<input checked="" type="radio"/> 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 (<input checked="" type="radio"/> ない) ・ある →ある方 () ・継続的に与薬が必要な状況が (<input checked="" type="radio"/> 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。 <input checked="" type="radio"/> a 4ヶ月健診 <input type="radio"/> b 1歳半健診 <input type="radio"/> c 3歳半健診 <input type="radio"/> 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ありますか <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある →ある方 ()
児童の状況	0~2歳
	3~5歳
育ちのすがた	・大人からの話しかけがわかりますか。 (<input checked="" type="radio"/> はい) ・いいえ) ・単語・二語文をしゃべりますか。 (<input checked="" type="radio"/> はい) ・いいえ) ・身近な大人の後追いをしますか。 (<input checked="" type="radio"/> 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。 (<input checked="" type="radio"/> はい) ・いいえ) ・お子さんと目が合いますか (<input checked="" type="radio"/> はい) ・いいえ) ・身近な人に甘えますか (<input checked="" type="radio"/> はい) ・いいえ) ・高いところに好んでのぼり危険な行動がありますか。 (<input checked="" type="radio"/> いいえ) ・はい) ・簡単な会話ができますか。 (<input type="radio"/> 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 (<input type="radio"/> はい) ・いいえ) ・身近な大人に甘えたり頼ったりしますか。 (<input type="radio"/> はい) ・いいえ) ・お子さんと目が合いますか。 (<input type="radio"/> 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 (<input type="radio"/> はい) ・いいえ) ・高いところを好んでのぼり危険な行動がありますか (<input type="radio"/> いいえ) ・はい)
アレルギーについて	a ない <input checked="" type="radio"/> b ある →下記へ記入 (症状・原因) ・食事制限 (除去) が (<input checked="" type="radio"/> ない) <input type="radio"/> ある →ある方 (除去する食品 <input type="radio"/> 卵) ・毎日飲む薬がありますか (<input checked="" type="radio"/> ない) <input type="radio"/> ある →ある方 (1日 <input type="radio"/> 回 を服用)
★現在、通われている機関などが (<input checked="" type="radio"/> ない) <input type="radio"/> 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 ・児童発達支援事業所あゆみ (単独通所・個別療養) ・児童発達支援センター (くるみ・つぼみ・しいのみ) ・その他療育機関・病院など (<u>市立豊中病院</u>) →通っている理由 (<u>アレルギー検査のため</u>)	
★お子さんの育ちで気になることが (<input checked="" type="radio"/> ない) <input type="radio"/> 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) <u>アレルギー検査の数値が高く、卵以外のアレルギーがあるかもしれないが、現時点では発症していない。</u>	

※食物アレルギーが新たに判明した場合は、必ず改めて提出してください。

10. 祖父母の状況

区分		名前	年齢	現在の状況	住所
祖父母の状況	父方	祖父	<u>豊中 祖父郎</u>	64 <input checked="" type="radio"/> 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 ()	<u>豊中市岡上の町 2-1-15</u> TEL06 (<input type="checkbox"/> ○ × △) <input type="checkbox"/> ○ × △
		祖母	<u>豊中 祖母江</u>	63 <input checked="" type="radio"/> 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 ()	<u>同上</u> TEL06 (<input type="checkbox"/> ○ × △) <input type="checkbox"/> ○ × △
	母方	祖父	<u>桜塚 祖父吉</u>	60 <input checked="" type="radio"/> 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 ()	<u>豊中市三和町 3-2-1</u> TEL06 (<input type="checkbox"/> ○ × △ □) <input type="checkbox"/> ○ × △ □
		祖母	<u>桜塚 祖母乃</u>	59 <input checked="" type="radio"/> 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 ()	<u>同上</u> TEL06 (<input type="checkbox"/> ○ × △ □) <input type="checkbox"/> ○ × △ □

11. 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、世帯員及び同居者の住民票、税務資料、生活保護受給状況、児童手当、児童扶養手当及び特別児童扶養手当の資料の閲覧及び取得に同意します。

また、申込内容に不備や虚偽があり、それらを理由として保育施設の内定が取り消しになったとしても異議を申し立てません。

2023年××月××日 保護者氏名 (父) 豊中 父郎 (母) 豊中 母美