

## 子どものための教育・保育給付 認定申請書 兼 認定こども園入所申込書

令和 年 月 日

（宛先）中央区長

子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付認定について、次のとおり申請します。

（宛先）中央区福祉事務所長

中央区保育の提供等に関する条例施行規則第4条第2項の規定により、認定こども園への入所を次のとおり申し込みます。

（宛先）中央区教育委員会

区立幼稚園への入園を次のとおり申し込みます。

保護者 ① (申込者)	ふりがな		続柄	生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所				電話番号	( ) □主な連絡先	
	本年1月1日現在の住所 (4月から8月までの入所 の場合、前年1月1日)	□同上			児童との同居・別居の別 同・別		
保護者 ② (配偶者等)	ふりがな		続柄	生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所	□同上			電話番号	( ) □主な連絡先	
	本年1月1日現在の住所 (4月から8月までの入所 の場合、前年1月1日)	□同上			児童との同居・別居の別 同・別		

### 家族の状況（保護者以外）

氏 名 (入所を希望する子の番号に○)		続柄	生年月日	職業、学校、 保育園等	同居/別居	認定 区分	備考		
1	ふりがな		年 月 日		同・別	1号			
2	ふりがな		年 月 日		同・別	1号			
3	ふりがな		年 月 日		同・別	1号			
認定を希望する期間		年 月 初 日から		年 月 末 日・小学校就学前 まで					
希望園名		<input type="checkbox"/> 京橋こども園 <input type="checkbox"/> 晴海こども園 ※どちらかひとつにチェックを入れてください。							
通園区域の区立幼稚園（※）の利用 ※通園区域内に区立幼稚園がない場合は最寄りの区立幼稚園 通園区域内の区立幼稚園が休園中の場合は次に近い区立幼稚園		<input type="checkbox"/> 希望する ( 幼稚園 ) <input type="checkbox"/> 希望しない		※希望するを選択した場合、区立幼稚園の申込書としても取り扱います。（4月入園のみ）					
認可保育所の申込みの有無		<input type="checkbox"/> 申込みをする（別途、申込みが必要です。） <input type="checkbox"/> 申込みをしない							

この申込みに係る児童が退園又は卒園するまでの間、住民基本台帳に記載された情報、給付認定及び保育料等の決定に必要な課税情報の確認をすること並びに利用する特定教育・保育施設への情報提供を行うことに同意します。

世帯主 署名 \_\_\_\_\_

職員  
確認欄

書類持参：本人 使者 代理人  
番号確認：番号C 通知C 番号記載の住民票 本人同意により職権記載 拒否  
本人確認：1点(番号C 免許証 旅券 障害 在留 他( )  
2点( , ) 拒否

【裏面に続く】

# お子さんの健康状態について

下記の該当項目（□）にチェック（✓）をつけてください。

- 健康状態は良好です。 → 下記項目への記入は不要です。  
 疾病や障害、発達の遅れ、アレルギーがあります。 → 下記項目をご記入ください。

記入日： 年 月 日

(ふりがな) 児童名：	生年月日： 令和 年 月 日 年齢： 歳 か月	現在の身長・体重： cm kg
----------------	----------------------------	-----------------

出生時の状況	妊娠週数（　　）週		分娩時の状況（ 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 仮死 ）		
	出生時体重 g		出生時の異常 あり（診断名　　）なし		
	※低体重（2500g未満）だった場合の定期的な受診の有無	あり・なし			
健康診査	3～4か月児健診	6～7か月児健診	9～10か月児健診	1歳6か月健診	3歳児健診
結果	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診
健康状況	先天性の病気や慢性疾患等で通っている病院や施設はありますか？			あり	なし
	診断名（　　）病院・施設名（　　）				
	服薬 あり・なし 1日 回（朝 昼 晩）			現在の状況 治癒・通院継続・経過観察	
	発育や発達の相談等で通っている病院や施設はありますか？			あり	なし
	診断名・相談内容（　　）病院・施設名（　　）				
	アレルギー等はありますか？ あり・なし			アレルギーの種類（　　）	
	エピペンを使用したことはありますか？または持っていますか？			あり	なし
	けいれんやひきつけを起こしたことがありますか？			あり	なし
	※ありの方 → （　歳　か月の時）（発熱　あり　°C　なし）（座薬　あり　なし）				
	障害者手帳の交付を受けていますか？			あり	なし
※ありの方 → 身体障害者手帳（　級）・精神障害者保健福祉手帳（　級）・愛の手帳（　度）					
必要な医療的ケアがありますか？			あり	なし	
※ありの方 → 必要な医療的ケア（経管栄養・喀痰吸引・血糖測定・酸素吸入・導尿・その他　　）					
発達の状況	以下の項目について記入してください。				
	首のすわり（　か月頃）お座り（　か月頃）這い這い（　か月頃）つかまり立ち（　か月頃）歩き始め（　か月頃）				
	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか？			はい	いいえ
	目（視線）を合わせますか？			よく合う	合いにくい
	普段一緒にいる人が見えなくなったときに、探したり泣いたりしますか？			はい	いいえ
	意味のある単語（ママ・ワンワン等）を話しますか？			はい	いいえ
	簡単な指示（おいで・まっててね・ちょうどい等）を理解できますか？			はい	いいえ
	指さしで意思を伝えようとしますか？			はい	いいえ
	友だちと一緒にいることを喜びますか？			はい	いいえ
	理由なく、突然たたいたり、嗜みついたり、奇声をあげたりしますか？			はい	いいえ
	特定のものごとにこだわることがありますか？（数字、図形、あそび、食べ物など）			はい	いいえ
	なかなか寝付けない、短時間で起きるなど、睡眠で困ったことがありますか？			はい	いいえ
その他	入所にあたり健康状態や発達の状況で気になることがあればご記入ください。				

※記載内容について、聞き取りをさせていただく場合があります。

※別途、医師の診断書等の提出をお願いする場合があります。