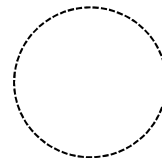




別記様式(第3条関係)

☐新規 ☐継続 ☐転園

令和8年度用



教育・保育給付認定申請書兼教育・保育施設等利用申込書(児童台帳)

播磨町長様

年 月 日

次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び特定教育・保育施設等の利用申込みをします。

申請 児童	フリガナ	生年月日		令和 年 月 日生	
	氏名	令和8年4月1日 時点の年齢		歳	令和7年度以前からの申請の有無 有 ・ 無
保護者連絡先		(父携帯)		(母携帯)	(自宅)
現在の住所地①		〒 兵庫県加古郡播磨町			
保護者の1月1日時点の住所地② (前年及び本年)		・ 令和7年1月1日時点 □ 播磨町内 ※住所地在町外の場合は以下に記入 □父 都・道・府・県 市・区・町・村 □母 都・道・府・県 市・区・町・村		・ 令和8年1月1日時点 □ 播磨町内 ※住所地在町外の場合は以下に記入 □父 都・道・府・県 市・区・町・村 □母 都・道・府・県 市・区・町・村	

1.世帯員の状況(二世帯住宅や別棟などでも、同一敷地内の場合は、「同居」とみなして全員記入してください)
※別住所地で生計を一にしている児童がいる場合は、戸籍謄本及び住民票を添付の上「同居」として記入してください。

児童の世帯員	申請者	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	令和8年4月1日 時点の年齢	性別	障がい等の有無	保育を希望する月の状況 (就労、育休中等)	
	☐		父	S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無	就労・育休・療養・介護・求職 その他()	
	☐		母	S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無	就労・育休・療養・産休・妊娠・予定日() 介護・求職 その他()	
	申請者は保護者(父母)のうちどちらかを 選択してください。		本人	R 年 月 日生	歳	男・女	有・無	現在利用中の施設 有 () 無 ()	現在申請中の施設 有 () 無 ()
				S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無	現在利用中の施設 有 () 無 ()	現在申請中の施設 有 () 無 ()
				S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無		
				S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無		
				S H R 年 月 日生	歳	男・女	有・無		

2.保育を希望する期間、希望する特定教育・保育施設等

教育・保育を希望する期間	令和 年 月 日から 年 月 末日まで	☐ 小学校就学前まで	
保育が決定しなかった場合は、引き続き希望されますか？		☐ 希望する	☐ 希望しない
◎町外保育施設等を希望される場合は、必ず町内保育施設より上位に町外保育施設等を記載してください！			
希望する 特定教育・保育施設等	第1希望	希望理由	幼稚園、認定こども園教育部併願の有無 (有りの場合、幼稚園等にも申請が必要) ☐ 有 ☐ 無
	第2希望	希望理由	
	第3希望	希望理由	併願する施設名
	第4希望	希望理由	
	第5希望	希望理由	希望する保育時間 ☐ 標準時間 ☐ 短時間
	第6希望	希望理由	
	第7希望	希望理由	≪第7希望は0～2歳児クラスのみ希望可能

※標準時間:1日あたり11時間の保育
短時間:1日あたり8時間の保育

3.同時に利用を申し込む兄弟姉妹がいる場合、別紙もご提出ください。

(裏面もご記入ください。)

4.児童、家庭の状況等

出生時の状況		妊娠(週目)で出産 出生時体重(g)									
分娩時の状況		□正常 □手術 □吸引 □その他()									
健康状況	慢性疾患等	□なし □あり (ありの方は以下に記入してください)									
		病名					病院名				
		発症年齢	歳		か月		経過観察の頻度	□年 □3月 □月 □週	に 回		
		※慢性疾患等がある方は、診断書の提出を求める場合があります。									
	食物アレルギー	□なし □あり (ありの方は以下に記入してください)									
		今までにショック症状を起こしたことはありますか？						□いいえ □はい			
		除去食を実施していますか？						□いいえ □はい			
		除去にあたっては医師の指示に基づいていますか？						□いいえ □はい			
		※ショック症状があった場合や除去食が必要な場合は、医師の生活指導表等が必要です。									
	食物以外のアレルギー	□なし □あり → アレルギーの種類()									
	アトピーの有無	□なし □あり									
	ひきつけの経験	□なし □あり → (歳 か月 □発熱なし □発熱あり → ℃ 回)									
服薬の有無	□なし □あり → □朝 □昼 □晩 (1日 回) 薬名()										
	※町内保育施設では原則、薬は預かりません。個別対応が可能かは、保育施設に直接ご相談ください。										
発達の状況	首のすわり	か月頃		寝返り	か月頃		お座り	か月頃			
	ハイハイ	か月頃		つかまり立ち	か月頃		歩き始め	か月頃			
	人見知り	か月頃		親の後追い	か月頃						
	音や声のする方を向きますか？		□はい □いいえ		視線が合いますか？			□はい □いいえ			
	「～持ってきて」等の簡単な指示を理解して行動しますか？						□はい □いいえ				
	「マンマ チョウダイ」「ワンワン キタ」等の2語文を話しますか？						□はい □いいえ				
	じっとしていないといけない場面でじっとしていることが苦手ですか？						□はい □いいえ				
	健康診査	4か月		10か月		1歳6か月		3歳			
		□未 □健康 □要観察	□未 □健康 □要観察	□未 □健康 □要観察	□未 □健康 □要観察	□未 □健康 □要観察					
	※申込後から入園までに受けた健康診査で、「要観察」になった場合は、早急にご連絡ください。										
言葉や発達について相談している病院等(町の療育事業を含む)があれば、ご記入ください。											
その他	育児や発育のことで相談している人は誰ですか？				□配偶者 □祖父母(□父方 □母方) □その他() □いない						
	現在の保育状況		□ 家庭(内・外)で が保育している □()に在籍中								
	上記以外で、健康上・発達上気になることや食事等で生活上配慮が必要なことを記入してください。										
保育を希望する時間		平日	午前 時 分 ~ 午後 時 分								
		土曜	午前 時 分 ~ 午後 時 分								
児童の送迎者及び方法		送り	□父 □母 □祖父母 □その他()				方法	□徒歩 □自転車 □自動車 □その他()			
		迎え	□父 □母 □祖父母 □その他()				方法	□徒歩 □自転車 □自動車 □その他()			
祖父母	父方	氏名(生年月日)	祖父	(. .)		母方	氏名(生年月日)	祖父	(. .)		
			祖母	(. .)				祖母	(. .)		
		住所及び連絡先	〒	-			〒	-			
				-				-			

※相父母連絡先については、緊急連絡先として使用場合があります。