

【1-1】

第1号様式の2(第4条関係)

2024年度 町田市子どものための教育・保育給付支給認定申請書(保育用)
兼 保育の利用申込書

町田市長 様
町田市福祉事務所長 様

子ども・子育て支援法第20条第1項又は第23条第1項及び町田市保育の利用に関する規則第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、必要な場合は、この申請に関する事項について、市が住民基本台帳、課税台帳等により確認を行うこと及び保育所等に情報の提供をすることに同意します。

Table with 4 columns: 入力, 税, シ, 支給. Includes stamps for (施設受付印) and (市役所受付印).

Guardian information section (保護者) including fields for address (住所), name (氏名), birth date (生年月日), contact info (連絡先), and residence registration (2023年・2024年1月1日時点の住民登録地).

Child application section (申請する子ども) including fields for name/gender (ふりがな・性別), birth date, current facility, and desired childcare hours (保育時間区分).

Section for siblings (兄弟姉妹2人以上で申請する場合) with checkboxes for enrollment preferences and a note for 3+ siblings.

★申込書は黒のボールペン等でご記入ください。



申請する子どもの状況

子どもの氏名				
現在の保育の状況	認可外保育施設、一時保育、幼稚園等を利用している	名称: [ 日間/月 ]	名称: [ 日間/月 ]	名称: [ 日間/月 ]
	認可保育所等に入所している	名称: [入所年月日: 年 月 日]	名称: [入所年月日: 年 月 日]	名称: [入所年月日: 年 月 日]
出生時の状況	妊娠期間	週	週	週
	出生時の体重	g	g	g
	出生時に異常はありましたか? (例:無呼吸、低酸素、先天性の病気等)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ ]	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ ]	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ ]
健康状況①	健康診断の受診状況 (※未到来の健診については「未受診」を選択してください。)	3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
		6～7か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	6～7か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	6～7か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
		9～10か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	9～10か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	9～10か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
		1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
		3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
	アレルギー・宗教上の理由・病気等で食べられないものがありますか?	これまでに指導を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 指導の内容:	これまでに指導を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 指導の内容:	これまでに指導を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 指導の内容:
		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
		①品目 [ ]	①品目 [ ]	①品目 [ ]
		②給食からの除去 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ※必要な場合は必ず入所希望保育所等に 対応の可否についてご確認ください。	②給食からの除去 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ※必要な場合は必ず入所希望保育所等に 対応の可否についてご確認ください。	②給食からの除去 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ※必要な場合は必ず入所希望保育所等に 対応の可否についてご確認ください。
		③アナフィラキシーショックの既往 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	③アナフィラキシーショックの既往 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	③アナフィラキシーショックの既往 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
④エピペンの処方 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	④エピペンの処方 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	④エピペンの処方 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		

