

【1-1】
第1号様式の2(第4条関係)

**2025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
町田市福祉事務局長 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。

入力	税	シ	支給
(施設受付印)		(市役所受付印)	

保 護 者	住所	〒町田市		
	続柄	ふりがな氏名	生年月日	連絡先
	父	<input type="checkbox"/> 申請者(世帯主の方にチェック) 申請者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	・	() <input type="checkbox"/> 日中つながりやすい方
	母	<input type="checkbox"/> 申請者(世帯主の方にチェック) 申請者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	・	() <input type="checkbox"/> 日中つながりやすい方
2024年・2025年1月1日時点の住民登録地				
[2024年] <input type="checkbox"/> 町田市 <input type="checkbox"/> その他()				
[2025年] <input type="checkbox"/> 町田市 <input type="checkbox"/> その他()				

申 請 す る 子 ど も	ふりがな・性別	男・女	男・女	男・女	
	氏名・続柄				
	生年月日 2025年4月1日現在の年齢	歳	歳	歳	
	現在の幼稚園・保育所等の名称(新規以外の場合) (市役所記入欄)				
	保育時間区分 ※求職活動が事由である場合は原則短時間の認定です。	<input type="checkbox"/> 標準時間(1日11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(1日8時間まで)	<input type="checkbox"/> 標準時間(1日11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(1日8時間まで)	<input type="checkbox"/> 標準時間(1日11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(1日8時間まで)	
	入所を希望する 保育所等の名称 (※町田市外の場合は 市区町村名も記入)	第1希望	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]
		第2希望	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]
		第3希望	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]
		第4希望	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]
		第5希望	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]	見学 未・済 [年 月]
保育の利用を希望する期間	年 月 1日 から				
転所を希望する理由・市外の保育所等を希望する理由					
入所後、登園する際の交通手段 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他()				

兄 弟 姉 妹 2 人 以 上 で 申 請 す る 場 合	兄弟姉妹で申請する場合は、低い希望順であっても、同じ保育所等に入所が可能ときは、同じ保育所等の入所を優先します。また、記載がない場合は、「1人だけでも入所(転所)を希望する」、かつ「別々の園でも入所(転所)を希望する」の条件で選考します。		
	1	同時に入所(転所)できないとき	<input type="checkbox"/> 1人だけでも入所(転所)を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	2	同じ園に入所(転所)できないとき	<input type="checkbox"/> 別々の園でも入所(転所)を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	兄弟姉妹3人以上で申請する場合等 その他上記以外で、具体的なご希望があればご記入ください。		<input type="checkbox"/> それぞれの子の希望順を優先する。

★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はありますか?	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		

