

2026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	2025年・2026年1月1日時点の住民登録地	
	父		. .	() □日中つながりやすい方	[2025年] □町田市 □その他 () [2026年] □町田市 □その他 ()	
		□申請者(世帯主の方にチェック) 申請者と □同居 □別居				
母		. .	() □日中つながりやすい方	[2025年] □町田市 □その他 () [2026年] □町田市 □その他 ()		
	□申請者(世帯主の方にチェック) 申請者と □同居 □別居					

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 2026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。		□標準時間(1日11時間まで) □短時間(1日8時間まで)			□標準時間(1日11時間まで) □短時間(1日8時間まで)			□標準時間(1日11時間まで) □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)		□ 徒歩 □ 自転車 □ 車 □ 公共交通機関 □ 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なときは、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	□ 1人だけでも入所(転所)を希望する □ 希望しない
	2	同じ園に入所(転所)できないとき	□ 別々の園でも入所(転所)を希望する □ 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。		□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)	☐ ない ☐ ある []	☐ ない ☐ ある []	☐ ない ☐ 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。)	1歳6か月健診 ☐ 受診 ☐ 未受診	1歳6か月健診 ☐ 受診 ☐ 未受診	1歳6か月健診 ☐ 受診 ☐ 未受診
		3歳児健診 ☐ 受診 ☐ 未受診	3歳児健診 ☐ 受診 ☐ 未受診	3歳児健診 ☐ 受診 ☐ 未受診
		これまでに指導を受けたことはありますか？ ☐ ない ☐ 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？ ☐ ない ☐ 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？ ☐ ない ☐ ある 指導の内容:
	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？	☐ ない ☐ ある	☐ ない ☐ ある	☐ ない ☐ ある
		①品目 []	①品目 []	①品目 []
		②給食からの除去 ☐ 不要 ☐ 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 ☐ 不要 ☐ 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 ☐ 不要 ☐ 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 ☐ ない ☐ ある	③アナフィラキシーショックの既往 ☐ ない ☐ ある	③アナフィラキシーショックの既往 ☐ ない ☐ ある
		④エピペンの処方 ☐ ない ☐ ある	④エピペンの処方 ☐ ない ☐ ある	④エピペンの処方 ☐ ない ☐ ある
	疾病・障がい	☐ ない ☐ ある	☐ ない ☐ ある	☐ ない ☐ ある
		病名: 医療機関名:	病名: 医療機関名:	病名: 医療機関名:
		現在の状況や今後の予定についてご記入ください。	現在の状況や今後の予定についてご記入ください。	現在の状況や今後の予定についてご記入ください。
		通院頻度 []	通院頻度 []	通院頻度 []

申請する子どもの状況				
子どもの氏名				
健康 状況 ②	服薬	☐ない ☐ある 薬の名称: 1日 ____ 回 [☐朝 ☐昼 ☐晩]	☐ない ☐ある 薬の名称: 1日 ____ 回 [☐朝 ☐昼 ☐晩]	☐ない ☐ある 薬の名称: 1日 ____ 回 [☐朝 ☐昼 ☐晩]
	医療的ケアの 必要性	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある
		医療的ケアの内容:	医療的ケアの内容:	医療的ケアの内容:
	てんかん	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある
	けいれん	☐ない ☐ある [熱性・無熱性・不明] [回数: _____ 回]	☐ない ☐ある [熱性・無熱性・不明] [回数: _____ 回]	☐ない ☐ある [熱性・無熱性・不明] [回数: _____ 回]
	発達上気になっているところ (例: 発達や言葉等の遅れ、 じっとしていられない、かんしゃく が激しい等)	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある	☐ない ☐ある
		具体的に なになが気になって いますか?	具体的に なになが気になって いますか?	具体的に なになが気になって いますか?
	現在通所・相談している病院や施設が ありますか? ☐ない ☐ある 施設名: [通院: _____ 年 _____ 月 から]	現在通所・相談している病院や施設が ありますか? ☐ない ☐ある 施設名: [通院: _____ 年 _____ 月 から]	現在通所・相談している病院や施設が ありますか? ☐ない ☐ある 施設名: [通院: _____ 年 _____ 月 から]	
障害者手帳	☐ない ☐ある ☐ 身体障害者手帳 _____ 級 ☐ 精神障害者手帳 _____ 級 ☐ 療育(愛の)手帳 _____ 度	☐ない ☐ある ☐ 身体障害者手帳 _____ 級 ☐ 精神障害者手帳 _____ 級 ☐ 療育(愛の)手帳 _____ 度	☐ない ☐ある ☐ 身体障害者手帳 _____ 級 ☐ 精神障害者手帳 _____ 級 ☐ 療育(愛の)手帳 _____ 度	
集団保育に関する確認 (※健康状況①②において、いずれも「ない」と回答した場合は回答不要です。)		医療機関等での可否確認 ☐済 ☐未	医療機関等での可否確認 ☐済 ☐未	医療機関等での可否確認 ☐済 ☐未