

教育・保育給付認定申請書兼保育利用申込書 (2/2)

1 保育の利用開始・終了希望日、希望保育時間

保育利用の開始希望日 令和6年4月1日 保育利用の終了希望日 就学前まで
希望保育時間 午前・午後 時 分から 午後 時 分まで

2 利用を希望する保育施設・事業所

ふりがな 児童氏名 生年月日 第1希望 第2希望 第3希望 第4希望 第5希望 第6希望
上記以外の希望 現在の保育の状況 ※ ①～⑭を選択

※ 現在の保育の状況 (⑤から⑭を選択した場合、施設名等を御記入ください。複数選択可。)

Table with 4 columns: ① 父親又は母親が自宅でみている, ② 祖父又は祖母がみている, ③ 親族に預けている (祖父母以外), ④ 父親又は母親が職場でみている (⑨～⑭を除く), ⑤ 幼稚園・認定こども園 (幼稚園部分), ⑥ 一時保育, ⑦ 認定こども園 (保育園部分)・保育園 (所), ⑧ 小規模保育事業所・事業所内保育事業所 (地域枠) 等, ⑨ 事業所内保育事業所 (従業員枠), ⑩ 企業主導型保育事業所 (地域枠), ⑪ 企業主導型保育事業所 (従業員枠), ⑫ 認可外保育施設 (従業員用), ⑬ 認可外保育施設 (⑩～⑫除く), ⑭ その他 (内容を「利用している施設名」欄に記入)

3 上記2の保育施設・事業所を希望する理由

理由記入欄

4 複数のきょうだいが保育利用をする場合

- (1) きょうだいが既に保育施設・事業所を利用している (申込児童の入園時点で卒園・退園する場合を除く)。
(2) きょうだいが同時に保育施設・事業所の利用を申し込む (入園時期・利用施設それぞれにチェック)。

入園時期 利用施設 優先する児童 □有 ( )・□無 利用できない児童の保育手段 ( ) 其後の利用調整 (同じ園のみ・別園可) ( )

5 保育士等としての保育施設等での勤務 (保育士証等の資格が分かるものの写しを御提出ください。)

保育士等としての勤務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (勤務中 (予定) 事業所所在地 <input type="checkbox"/> 京都府内 (下記も記入してください。) <input type="checkbox"/> 京都府外 )	
資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お持ちの資格を選択してください。) 保育士・保健師・看護師・准看護師・管理栄養士・栄養士・調理師・ 幼稚園教諭(※)・小学校教諭(※)・養護教諭(※) (※は保育所(園)、認定こども園、預かり保育を実施している幼稚園のみ対象)	勤務先保育施設等 (予定含む)

6 送迎について (第一希望園の場合について御記入ください)

送迎者	朝	父・母・父母いずれか・祖父・祖母・その他 ( )	
	夕	父・母・父母いずれか・祖父・祖母・その他 ( )	
送迎方法 所要時間	朝	自宅 ⇒ 施設・事業所	分 徒歩・自転車・バス・電車・車・バイク
	夕	職場 ⇒ 施設・事業所	分 徒歩・自転車・バス・電車・車・バイク

7 申込児童の状況 (以下の事項に該当する場合は対象児童名及び状況を詳細に御記入ください)

保健福祉センターでの健診の指導・助言	受診済の健診 <input type="checkbox"/> 4か月健康診査 <input type="checkbox"/> 8か月健康診査 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健康診査 <input type="checkbox"/> 3歳健康診査 対象児童名 ( ) ( 健診での指導・助言内容があれば以下に御記入ください。 )		
障害者手帳等の取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) 手帳の種類 ( 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ) 内容 { }		
福祉サービス又は障害児通所支援の利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) サービスの種類 { <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス ( ) <input type="checkbox"/> 障害児通所支援 ( ) } ※ 保育利用開始後の併行通園 (予定) の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ 「有」の場合、受給者証の写しも保育申込書類と併せて御提出ください。		
アレルギー・食事制限等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) 内容 { } ※ 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (対応: エピペン使用 ・ 完全除去 ・ 一部除去 ・ 対応不要)		
定期的な通院状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) 内容 { }		
医療的ケアの状況 ※医療専門職による処置が必要な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 呼吸管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
その他、集団生活における留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名 ( ) 内容 { }		

【利用開始希望日時時点で3歳未満の児童は、以下も御記入ください】

妊娠・出産状況	(子 ) 妊娠期間 ( 週 日) 出生時体重 ( g) 身長 ( cm)
	(子 ) 妊娠期間 ( 週 日) 出生時体重 ( g) 身長 ( cm)
現在の状況	(子 ) 体重 ( g/k g) ・ 身長 ( cm) 測定日 年 月 日
	(子 ) 体重 ( g/k g) ・ 身長 ( cm) 測定日 年 月 日

※ 医療的ケアの実施を希望する場合は事前相談が必要です。令和6年4月からの保育利用を希望される方は、令和5年11月10日までに区役所・支所に御相談ください。

※ 適切な教育・保育サービスを提供するため、利用調整・あっせん・要請に関し必要な情報について、京都市から特定教育・保育施設等に対して情報提供することがあります。

8 その他 (特記事項がある場合は御記入ください)

--