

第4号様式の3(第4条関係)

(A) 教育・保育給付認定申請書兼保育施設利用申込書
(B) 施設等利用給付認定申請書

板橋区長宛て
下記保護者同意の上、子ども・子育て支援法による教育・保育給付認定及び児童福祉法による保育施設への利用または施設等利用給付に係る認定の申請をします。
本申込みに関する保育認定・利用調整・保育料決定・実費徴収補足給付に必要な区が保有する個人情報及び特定個人情報(マイナンバーによる情報連携を含む)の利用に同意します。
また、利用する保育施設等に必要に応じ情報を提供することに同意します。

記入日 年 月 日

住所 板橋区

フリガナ氏名 生年月日(西暦) 電話番号
保護者1(通知宛先)
保護者2
申込み児童
入所希望月 20 年 月 1日から
申込み児童の現在の保育状況
□ 父母 □ 祖父母 □ 知人・親戚 □ 職場同伴
□ 区内の認可保育施設 □ 区内の地域型保育施設
□ 区外の認可保育施設 □ 区外の地域型保育施設
□ 幼稚園 □ 認可外保育施設 □ その他()

(A) 利用希望保育施設コード・施設名

Table with 4 columns: 第1希望, 第2希望, 第3希望, 第4希望, 第5希望, 第6希望, 第7希望, 第8希望, 第9希望, 第10希望, 第11希望, 第12希望, 第13希望, 第14希望, 第15希望, 第16希望

【育児休業に関する項目】◆育児休業について、下記のいずれかに☑してください。 ※チェック項目によって、入所が決まるものではありません。

- ☐ 育児休業を取得していない。
☐ 育児休業を取得しており、直ちの復職を希望する。 ※就労以外の要件で申込み場合、復職は必須ではありません。
☐ 育児休業を取得しており、希望する施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できる。
→当該項目を選択した場合は、選考指数を減点し、10点での選考となります。ただし、希望する施設に欠員がある場合、内定となります。
☐ 上の子が保育施設等に在籍しており、下の子の育児休業中だが、直ちの復職はしない。
→転園特例または出産指数での選考となります。(※先行利用調整対象児童は除く)

【きょうだいで同時に申し込む場合、以下①～⑤のいずれか1つに☑してください。】
区使用欄
a 同園同時期のみ
b 別園可同園優先ひとり不可
c 別園可希望順優先ひとり不可
d 別園可同園優先ひとり可
e 別園可希望順優先ひとり可
※上記①②③を選択した場合、申込み児童のうち1人が入所可能でも他の児童が入所できなければ、全員が入所保留となります。
※上記④⑤を選択した場合、1人だけ入所となった場合でも育児中の方は復職、求職中の方は入所月の4ヶ月目の1日までの就労開始が必要です。

0～2歳児の住民税非課税世帯、3～5歳児で認可外保育施設を利用する方は、(B)をご記入ください。

(B) 利用開始日 年 月 日 から
利用する施設・事業所名
備考
☐ 新規 ☐ 追加 ☐ 転園 ☐ 入所

受領日 年 月 日 保状 申込 認定 指数 階層 健康 子どもコード

【申込児童の健康状況等について】

お子さんの状況によっては、区指定の「発達のように」、または医師記載の「意見書(診断書)」を提出していただくことがあります。記載内容に虚偽等があった場合は内定取消又は退所となる場合がありますので、お子さんの現在の状況について正しくご記載ください。

- ◆該当するものに☑をお願いします。
- ◆別途、母子手帳のコピー(直近に受けた健康診査のページのみ。A4サイズ)をご提出ください。

児童	フリガナ 氏名		生年月日		年	月	日
	出生体重	g	妊娠期間	週	健康診査		
発達の様子	首のすわり (月) ・ 未	寝返り (月) ・ 未	健康診査	3~4か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診			
	お座り (月) ・ 未	はいはい(月) ・ 未		6~7か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診			
	つかまり立ち(月) ・ 未	歩き始め(月) ・ 未		9~10か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診			
	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ (月) ・ 未			1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診			
	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診						
病歴等	呼ばれると振り向きますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ		
	視線が合いますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	アトピー性皮膚炎		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		ことばや発達について相談している病院・施設は?		
	喘息		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等() <input type="checkbox"/> ない		
	熱性けいれん(ひきつけ) 「ある」場合は※印記入		※最後 年 月 日 ※これまでに		病院・施設名 :		
治療中・経過観察中の病気 病名 ()		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 子ども家庭総合支援センター			
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に☑ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 心身障害児総合医療療育センター			
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば				<input type="checkbox"/> 健康福祉センター			
<input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 教育支援センター			
常用薬の使用		<input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 子ども発達支援センター			
薬名 ()				<input type="checkbox"/> その他 ()			
				身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。			
				<input type="checkbox"/> あり (級・度) <input type="checkbox"/> なし			
▼1歳以上のお子さんについて以下の項目(①~⑥)をお答えください。							
①視線が合わなかったり目の動きが気になることがありますか				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
②大人の言う簡単な言葉(おいで・ちょうだい)などがわかりますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
③二語文(ワンワンキタ・マンマチョウダイ)などを言いますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
④人をたたく・かみつく・ひっかく・物を投げるなどで困ることがありますか はいの方はどんな時ですか ()				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
⑤嬉しい時や思い通りにいかないときなどにすぐ奇声を発することがありますか				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
⑥落ち着きなく動き回って困ることがありますか はいの方はどんな時ですか ()				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
▼3歳以上のお子さんについては以下の項目(⑦~⑩)も併せてお答えください。							
⑦ことばでのやりとりができますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
⑧危険なことがある程度わかりますか(車・火・刃物など)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
⑨危険な行為を大人の声かけでやめることができますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
⑩特定のことにこだわり、行動の切り替えができない又は泣いて動けないことが日々の中でしばしばありますか(偏食・過食・手をつながないなども含む) はいの方はどんな時、どんなことですか ()				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			