

書き方見本

施設型給付費支給認定申請書
兼 区立認定こども園入園申込書
(4・5歳児【短時間利用】)

(提出先) 足立区教育委員会

下記事項に同意したうえで、支給認定及び入園申込について次のとおり申請します。

○支給認定・保育料の階層決定にあたって、課税状況・住民登録情報・生活保護受給情報・マイナンバーの調査・確認・推定をすること、及び、利用の決定にあたって区が保有する個人情報を教育委員会から認定こども園に通知すること。

○子ども・子育て支援法では、支給認定証の交付については申請後30日以内に交付するとされているが、申請が集中するなど、支給認定の審査に時間を要した場合、支給認定証の交付まで30日以上経過すること。

○施設型給付等の支給認定に際して、教育委員会が利用料の算定に必要な申請者及び同居する親族全員の課税内容を税務関係当局に報告を求めること(子ども・子育て支援法第16条による)。

申込日		令和8年 11月 2日		受付番号		—	
希望園	(希望園に○をしてください) 元宿 ・ 鹿浜 ・ おおやた こども園			注意 申込みは希望園1園のみです。きょうだいで の申込は1枚で2名まで できます。	受付日		
申込児童	フリガナ ① 氏名	アダチ 足立	◇◇		受付場所		
	フリガナ ② 氏名				受付者		
		令和〇年×月10日生					
		年 月 日生					
入園を希望する期間		令和9年4月1日から 小学校就学前 まで ・ 年 月 日 まで					
R8.1.1時点の住所が 区外の場合		※旧住所をご記入ください(区外の方のみ) 父 荒川区〇〇1-2-3 母 葛飾区〇〇1-2-3					
生活保護の状況		受給なし ・ 申請中 ・ 受給中					
保護者	氏名	フリガナ アダチ 〇〇	電話	1 自宅 03 (〇〇〇〇) ××××	1番に連絡を希望する番号に○を付けてください		
		足立 〇〇		2 母携帯 090 (〇〇〇〇) ××××			
	住所	〒120-8510 足立区 中央本町1 丁目 17 番 1 号 方					
		フリガナ 氏 名		続柄	生 年 月 日		年齢
※上段の申込児童・保護者もご記入ください。 (同居の家族の状況(祖父母を含む))	1	アダチ 〇〇 足立 〇〇		父	S〇〇・ 〇・〇〇		〇〇
	2	アダチ △△ 足立 △△		母	S××・ ×・××		××
	3	アダチ ×× 足立 ××		子	R×・12・15		6
	4	アダチ ◇◇ 足立 ◇◇		子	R×・9・10		4
	5				・ ・		

※ 支給認定申請には、保護者それぞれの住民税情報が必要です。住民税が未申告の場合は、申告の手続きを行ってください。

※ 裏面も必ずご記入ください。

◎申込児童の保育状況および健康状態

右の欄に申込児童の名前を記入し、 以下の質問についてお答えください。	申 込 児 童 名① 足立 ◇◇	申 込 児 童 名②
こども園の教育内容・かかる費用・P T A活動参加の協力等について理解し ている。	① 理解している ② 理解していない (理由)	
こども園を選択した理由	① きょうだいが通っていた ② 勧められた (誰に…) ③ その他 ()	
お子さんの現在の保育状況 ※あてはまる項目に○を付けて、必要事項 をご記入ください。	1. 自宅で_____が保育している 2. _____の職場に同行している (職場内託児所 有・無) ③ 認証保育所 に預けている 4. その他→()	1. 自宅で_____が保育している 2. _____の職場に同行している (職場内託児所 有・無) 3. _____に預けている 4. その他→()
これまでの保育歴 ※あてはまる項目に○を付けて、必要事項 をご記入ください。	1. 家庭保育のみ ② 保育所・幼稚園に通っていたこと がある (園名 〇〇保育園) 3. その他→()	1. 家庭保育のみ 2. 保育所・幼稚園に通っていたこと がある (園名) 3. その他→()
生まれたときの体重は？	3,000 g	g
歩き始めはいつですか？	(1歳2)か月ごろ ・ まだ	()か月ごろ ・ まだ
排泄の自立	1. 大便、小便とも自立 ② 大便は練習中 3. その他 ()	1. 大便、小便とも自立 2. 大便は練習中 3. その他 ()
現在、発達や慢性的な病気、障がい等 のため病院や施設等に通院、通所、相 談をしていますか？ ※「はい」に○をされた方は、後日 医師の診断書もしくは意見書を提出 していただく場合があります。	↓ はい ・ いいえ 病名等 (小児ぜんそく) 病院名等 (〇〇クリニック)	↓ はい ・ いいえ 病名等 () 病院名等 ()
過去に大きな病気にかかったことが ありますか？ (障がいを含む)	↓ はい ・ いいえ 病名等 () 病院名等 ()	↓ はい ・ いいえ 病名等 () 病院名等 ()
けいれんやひきつけを 起こしたことがありますか？	ある →(6 か月ごろ 39℃ で 1 回) ない	ある→(か月ごろ ℃で 回) ない
3歳児健診は受けましたか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
発達支援児として申し込みますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
その他健康上または発達上気になる ことがあればご記入ください。 例：アレルギー、落ち着き、ことば 等について	ない ・ある → ()	ない・ある → ()
申込児童の健康上または発達上気になるこ とがある方は、ささいなことでも必ずご記 入ください。	()	
2人以上の申し込みの方 は、ご回答 ください。	<質問> 一部の申込児童だけ 内定の場合 ➡ A. 一人だけでも入園を希望する B. 全員が入園できなければ入園しない C. その他 { }	

◀ 注 意 ▶

※ 申込内容が事実と異なる場合は、入園を取り消すことがあります。また、入園後も、区立認定こども園に入園できる基準に達しなくなった場合には、区立認定こども園を退園していただくことがあります。