

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、支給認定及び入園について次のとおり申請します。

○支給認定・保育料の決定にあたって、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 | 年 月 日 | | 受付番号 ー ー |
| 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みは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 年 月 日生 | | 受付場所 |
| | フリガナ ②氏名 年 月 日生 | | 受付者 |
| 入園を希望する期間 | 年 月 1日から ・ 小学校就学前 まで ・ 年 月 日 まで | | |
| R6. 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) | | |
| 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 | 電話 |
| | 1 自宅 () 2 母携帯 () 3 父携帯 () | | (1番に連絡を希望する番号に○を付けてください) |
| | 住所 | 〒 - 足立区 丁目 番 号 方 | |
| | フリガナ 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 |
| 同居の家族の状況(祖父母を含む) ※上段の申込児童・保護者もご記入ください。 | 1 | | . . |
| | 2 | | . . |
| | 3 | | . . |
| | 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 | 申 込 児 童 名② |
|---|--|--|
| こども園の教育内容・かかる費用・PTA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. きょうだいがあった 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. _____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) 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? | g | g |
| 歩き始めはいつですか? | ()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 () 病院名等 () | ↓ 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→(か月ごろ ℃で 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 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。 | ない・ある ↓ () | ない・ある ↓ () |
| 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。