

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書  
兼 利用申込書（教育・保育施設）

令和 年 月 日

鹿屋市長

様

鹿屋市

受付		確認	
----	--	----	--

住所

保護者氏名 印

(自署の場合は押印不要)

自宅電話

父携帯

母携帯

子どものための教育・保育給付を受けたいので、鹿屋市子どものための教育・保育給付の支給認定に関する規則第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

小学校就学前 子ども (利用児童)	ふりがな 氏名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
		平成・令和 年 月 日生	男・女	有・無
個人番号	※マイナンバーを記入してください。			
支給認定証の交付の希望(※)	<input type="checkbox"/> 希望する	令和 年 1 月 1 日現在の住所	鹿屋市内・鹿屋市外	
保育の希望 の有無 (※)	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願する場合を含む。)		
	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願する場合を除く。)		

- (※) ・支給認定を行った場合は、支給認定通知書を交付します。この通知書には、支給認定に係る事項が全て記載されます。支給認定証の所持は任意ですが、支給認定証の交付を希望する場合は、□にチェックをしてください。
- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、地域型保育事業所(小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育)をいいます。
  - ・「幼稚園等」とは、幼稚園又は認定こども園(教育部分)をいいます。
  - ・「有」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「無」を○で囲んだ場合は①～③に必要な事項を記入してください。

① 世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	小学校就学 前子ども の続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)
世帯員			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り( 年 月 日保護開始)					
児童扶養手当等の有無	・児童扶養手当 適用無し・適用有り( 年 月 日受給開始) ・ひとり親医療 適用無し・適用有り( 年 月 日受給開始)					
障害者手帳の有無	無・有(対象者名: )					

② 施設の利用を希望する期間及び希望する施設(事業者)名

希望する利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
利用を希望する施設 (事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)



④ 父母及び祖父母の状況

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 病人の看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 病人の看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 父親・母親がいない <input type="checkbox"/> 離婚 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 行方不明 ( 年 月から ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 別居 ( 年 月から ) <input type="checkbox"/> 死亡 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 未婚			
希望する利用時間	利用時間		利用曜日	
	時 分から	時 分まで	曜日から	曜日まで
父方の祖父母の状況			母方の祖父母の状況	
<input type="checkbox"/> 別居	住所 (別居の場合)		<input type="checkbox"/> 別居	住所 (別居の場合)
<input type="checkbox"/> 同居	[ ]		<input type="checkbox"/> 同居	[ ]
<input type="checkbox"/> 死亡・離婚 (※死亡・離婚の場合は以下の欄は記入不要)			<input type="checkbox"/> 死亡・離婚 (※死亡・離婚の場合は以下の欄は記入不要)	
連絡先			連絡先	
祖父氏名		祖母氏名		
年齢	歳	年齢	歳	歳
<input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: )	<input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: )		<input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: )	<input type="checkbox"/> 就労 (勤務先: )
<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 無職		<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 無職
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
※児童の保育ができない理由 (無職の時に記入)			※児童の保育ができない理由 (無職の時に記入)	

家計の主宰者の氏名【※祖父母等の同居者を含む。】	
ふりがな 氏名	続柄
-----	

⑤現在の施設の利用状況等

現在の状況	施設変更の希望有無	施設利用に当たり特に配慮が必要なこと
<input type="checkbox"/> 認可保育所を利用中 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 幼稚園に入園中 【認定こども園1号認定を含む。】 (施設名: ) <input type="checkbox"/> その他 【認可外保育施設等を利用中の場合】 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 家庭で保育	※認可保育所、認定こども園、地域型保育事業所の在園児のみ記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※内容:

⑥きょうだいの利用時期及び利用先について (新規及び施設変更希望の場合のみ記入してください。)

きょうだいで同時申請する方のみ記入 (○印をつけて) してください。以下の回答を基に利用調整を行います。

- 【利用時期】 1 同時期に利用できる場合のみ入所を希望する。  
 2 利用できる小学校就学前子どもから先に利用を希望する。  
 (利用できない場合の小学校就学前子どもの預け先: )

- 【利用先】 1 同施設を利用できる場合のみ入所を希望する。  
 2 別施設になっても利用を希望する。

# アレルギー調査票

※この調査票は、児童の保育を円滑に実施するためのものであり、それ以外の目的には使用しません。

令和 年 月 日

保護者 氏名		保護者 連絡先	
ふりがな 児童名	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳)

## お子様に、アレルギーがありますか。(はい・いいえ・まだわからない)

※「はい」の場合は、下記の質問事項にお答えください。＜該当する番号や項目を○で囲んでください。＞

<p>① 原因となるものは何ですか。以下から選択してください。</p> <p>( 1 食べ物 (具体的に: ) ) ( 2 環境 (ハウスダスト・花粉症) ( 3 くすり類 ( 4 その他 ( ) )</p>										
<p>② どのような症状がありますか。以下から選択してください。</p> <p>( ぜんそく ・ かゆみ ・ 湿疹 ・ じんましん ・ アナフィラキシー ( チアノーゼ ・ その他 ( ) )</p>										
<p>③ 現在何か制限をしていることがありますか。 ( はい ・ いいえ )</p> <p>* 「はい」の場合どのような制限をしていますか。(例: 乳製品は控えている。)</p> <p>( )</p> <p>・ いつからそれを行っていますか。 ( 歳 か月 )</p> <p>・ 現在行っている制限は、医師の診断と指示ですか。( はい ・ いいえ )</p> <p>※「はい」の場合(複数ある場合は、ひとつの記入欄に複数記入してください。)</p> <table border="1"><tr><td>診断名</td><td></td></tr><tr><td>薬</td><td>服用している ・ 服用していない</td></tr><tr><td>病院名</td><td></td></tr><tr><td>主治医名</td><td></td></tr><tr><td>通院状況</td><td></td></tr></table> <p>* 「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。</p> <p>・ 保護者 ・ その他 ( )</p>	診断名		薬	服用している ・ 服用していない	病院名		主治医名		通院状況	
診断名										
薬	服用している ・ 服用していない									
病院名										
主治医名										
通院状況										
<p>④ その他、施設に対してお聞きしたいことはありますか。</p> <p>( )</p>										

※市記入欄