

疾病・障がい状況申告書

施設名				
児童氏名				
児童番号		1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号		1	2	3
		1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄		
児童氏名	(平成 年 月 日生)	施設・事業名
保護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名			
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 () 入院 (期間など:)		
病名			
症状			
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェッ クをしてください)	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。		
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
この診断により申込児童が保育要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報提供させていただきます。次のいずれかにチェックをしてください。 保育要件の点数にかかる情報提供を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
平成 年 月 日	医療機関名		
	住 所		
	医 師 名		
	印		

【疾病】 ※ 本人記入欄

児童の保育 (該当するもの にチェックをして ください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
医師(主治医)より、保育要件の点数に関する情報提供の希望があった場合、今後の保育要件の判定等に資することを目的としてこれを医師に提供することに同意します。(同意する場合のみ署名してください。)	
平成 年 月 日	保護者氏名

【障がい】 ※ 本人記入欄(必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏名			
手帳の種別等	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A・B1・B2		
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)			

介護・看護状況申告書

施設名				
児童氏名				
児童番号		1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号		1	2	3
		1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄		
児童氏名	(平成 年 月 日生)	施設・事業名
介護・看護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

※ 介護・看護者記入欄 (介護・看護を受ける方については、疾病・障がい状況申告書を提出してください。)

介護・看護を受ける方	年齢 () 歳
続 柄	児童の(父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母)
介護・看護を受ける方の住所	
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度) ・在宅
病 名	
症 状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級・療育手帳 A・B1・B2 要介護認定：要介護()・要支援 介護サービス利用：無・有
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他
その他具体的な 介護・看護内容	

※ 介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
～ 8:00							朝食介助
8:00 ～							
9:00 ～							
10:00 ～							} 病院通院介助
11:00 ～							
12:00 ～							昼食介助
13:00 ～							
14:00 ～							
15:00 ～							
16:00 ～							入浴介助
17:00 ～							夕食介助
18:00 ～							
19:00 ～							

就学等（予定）証明書

施設名				
児童氏名				
児童番号		1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号		1	2	3
		1	2	3
		1	2	3

(あて先) 保健福祉センター所長

保護者記入欄		
児童氏名	(平成 年 月 日生)	施設・事業名
保護者氏名	続柄：児童の()	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

【就学】

下記の者は、次のとおり 就学 ・ 就学予定 であることを証明します。(□欄をチェックしてください。)

氏名			
学校等種別(※1)	学校・専修学校・各種学校・その他()		
学校等名称	学校等所在地		
就学(予定)期間	年 月 日 ~	年 月 日	
主な教育科目			
就学日数	日 / 週	通常の就学日	月・火・水・木・金・土・日 不定
就学時間	時 分 ~	時 分	1日あたり ()時間 ()分 うち休憩 ()時間 ()分

【職業訓練等】

下記の者は、次のとおり職業訓練等を 受けている ・ 受ける予定 であることを証明します。(□欄をチェックしてください。)

氏名			
訓練等種別(※2)	職業訓練・指導員訓練・認定職業訓練・その他()		
訓練校名称	訓練校所在地		
受講(予定)期間	年 月 日 ~	年 月 日	
受講科・分野			
受講日数	日 / 週	通常の受講日	月・火・水・木・金・土・日 不定
受講時間	時 分 ~	時 分	1日あたり ()時間 ()分 うち休憩 ()時間 ()分

証明年月日	所在地
平成 年 月 日	名称・代表者 印
	電話
	(記入担当者名 電話)

注)この就学等(予定)証明書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

(※1)それぞれ学校教育法第1条に規定する学校、同法第124条に規定する専修学校、同法第134条第1項に規定する各種学校を指す。

(※2)それぞれ職業能力開発促進法第15条の6第3項に規定する公共職業能力開発施設において行う職業訓練または同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う同行に規定する職業訓練、同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う指導員訓練、職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律第4条第2項に規定する認定職業訓練を指す。

就学等（予定）証明書

【記入例】

(あて先) 保健福祉センター所長

施設名			
児童氏名			
児童番号		1	2
同一世帯の 利用児童 児童番号		1	2
		1	2

保護者記入欄		
児童氏名 保育 次郎	(平成 26 年 5 月 6 日生)	施設・事業名 〇〇保育所
保護者氏名 保育 太郎	続柄: 児童の(父)	

※申込中の場合は第1希望の施設・事業名をご記入ください。

【就学】

下記の者は、次のとおり 就学 ・ 就学予定 であることを証明します。(□欄をチェックしてください。)

氏名	保育 さくら		
学校等種別(※1)	学校・ 専修学校 ・各種学校・その他()		
学校等名称	××看護専門学校	学校等所在地	〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
就学(予定)期間	H26 年 4 月 1 日 ~	H29 年 3 月 31 日	
主な教育科目	看護学・公衆衛生学等		
就学日数	5 日 / 週	通常の就学日	月・火・水・木・金 ・土・日 不定
就学時間	9時00分 ~ 16時30分	1日あたり (7)時間 (30)分	うち休憩 (1)時間 (0)分

【職業訓練等】

下記の者は、次のとおり職業訓練等を 受けている ・ 受ける予定 であることを証明します。(□欄をチェックしてください。)

氏名			
訓練等種別(※2)	職業訓練・指導員訓練・認定職業訓練・その他()		
訓練校名称		訓練校所在地	
受講(予定)期間	年 月 日 ~	年 月 日	
受講科・分野			
受講日数	日 / 週	通常の受講日	月・火・水・木・金・土・日 不定
受講時間	時 分 ~ 時 分	1日あたり ()時間 ()分	うち休憩 ()時間 ()分

証明年月日	所在地 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	名称・代表者 学校法人××学園 ××看護専門学校
	電 話 □□□-□□□-□□□□
	(記入担当者名 ▽▽ 電話 ××××-××××)



注)この就学等(予定)証明書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

(※1)それぞれ学校教育法第1条に規定する学校、同法第124条に規定する専修学校、同法第134条第1項に規定する各種学校を指す。

(※2)それぞれ職業能力開発促進法第15条の6第3項に規定する公共職業能力開発施設において行う職業訓練または同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う同行に規定する職業訓練、同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う指導員訓練、職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律第4条第2項に規定する認定職業訓練を指す。

確 認 票

施設名			
児童氏名			
児童番号	1	2	3
同一世帯の児童番号	1	2	3
利用児童番号	1	2	3
児童番号	1	2	3

1. 世帯の扶養関係等について、記入してください。

平成 26 年（見込み）

※ 家 庭 状 況	続 柄	氏 名	性別	生年月日（年齢）	26年中の 収入	扶 養 関 係 に つ い て	
						区 分	扶養する方の氏名
	利用（申込）児童		男・女	H . . ()	/	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	

扶養関係変更の有無についてご記入ください。

⇒ 上記の扶養関係は、平成25年分の収入における扶養関係と 同じ 異なる

平成 25 年

※ 扶養人数の増減がある場合には上記前年の状況について、記入してください。 ←

※ 家 庭 状 況	続 柄	氏 名	性別	生年月日（年齢）	25年中の 収入	扶 養 関 係 に つ い て	
						区 分	扶養する方の氏名
	利用（申込）児童		男・女	H . . ()	/	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用（申込）児童の 父・母・()		男・女	T・S・H . . ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	

※ 利用（申込）児童と同住所でお住まいのご家族について、全員分ご記入ください。

2. 以下の事項について確認のうえ、署名してください。

- ア 必要書類は、所定の期日までに必ず提出してください。提出がない場合や、期日を過ぎてから提出された場合、決定等に反映されないことがあります。
- イ 提出書類の内容に虚偽があった場合は、決定等を取り消すことがあります。
- ウ 適正な利用料の算定及び利用調整の実施のため、課税台帳等の関係公簿を閲覧することがあります。
- エ 利用申込中又は利用中に保護者の認定事由に変更があった場合は、速やかに保健福祉センターへ届け出てください。（児童・保護者の住所・氏名等が変わる場合、保護者の勤務先が変わる場合、保護者が育児休業を取得する場合等）
- オ 保護者の求職活動や出産等を認定事由として保育を利用する場合、認定期間（保育を利用できる期間）が定められます。認定期間中に認定事由に変更（求職活動ののち就労開始する等）がなかった場合は、認定期間の満了日をもって保育の利用を終了（退所）とします。

大阪市

保健福祉センター所長 様

平成 年 月 日

保護者氏名

以上、確認のうえ署名します。

確 認 票

【 記 入 例 】

施設名			
児童氏名			
児童番号	1	2	3
同一世帯の 利用児童 児童番号	1	2	3
児童番号	1	2	3

1. 世帯の扶養関係等について記入してください。

ご家庭間の扶養関係をお示ください。
(扶養者＝扶養する方、被扶養＝扶養される方)

平成 26 年 (見込み)

※ 家 庭 状 況	続柄	氏名	性別	生年月日(年齢)	26年中の 収入	扶養関係について	
						区分	扶養する方の氏名
	利用(申込)児童	保育 次郎	男・女	H 26・6・5 (0)		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 太郎
全員ご記入ください	利用(申込)児童の 母・()	保育 太郎	男・女	T・S・H 50・7・29 (39)	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	扶養者のため 記入不要
	利用(申込)児童の 父・()	保育 花子	男・女	T・S・H 53・10・9 (35)	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用(申込)児童の 父・母・(姉)	保育 さくら	男・女	T・S・H 8・5・24 (18)	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 太郎
	利用(申込)児童の 父・母・(兄)	保育 一郎	男・女	T・S・H 19・1・3 (7)	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 太郎
	利用(申込)児童の 父・母・(祖母)	保育 うめ	男・女	T・S・H 30・9・20 (59)	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 花子
	扶養 関係	被扶養者となる方については、 扶養する方の氏名をご記入ください。 (扶養する方が複数いる場合は、主たる扶養者の氏名をご記入ください。)					

上記の扶養関係は、平成26年度の収入における扶養関係と一致するかどうかを判断してください。

平成 25 年 ※ 扶養人数の増減がある場合には上記前年の状況について、記入してください。

※ 家 庭 状 況	続柄	氏名	性別	生年月日(年齢)	26年中の 収入	扶養関係について	
						区分	扶養する方の氏名
	利用(申込)児童	保育 次郎	男・女	H 26・6・5 (0)		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	出生前のため 扶養なし
上記の前年から扶養人数の増減がある場合にご記入ください	利用(申込)児童の 母・()	保育 太郎	男・女	T・S・H 50・7・29 (39)	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用(申込)児童の 父・()	保育 花子	男・女	T・S・H 53・10・9 (35)	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用(申込)児童の 父・母・(姉)	保育 さくら	男・女	T・S・H 8・5・24 (18)	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 太郎
	利用(申込)児童の 父・母・(兄)	保育 一郎	男・女	T・S・H 19・1・3 (7)	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保育 太郎
	利用(申込)児童の 父			T・S・H ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	利用(申込)児童の 母			T・S・H ()	有・無	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	

変更がない場合はチェックを入れてください。
(家庭状況について記入は不要です。)

※ 利用(申込)児童と同居してお住まいのご家族について、全員分ご記入ください。

2. 以下の事項について確認のうえ、署名してください。

- ア 必要書類は、所定の期日までに必ず提出してください。提出がない場合や、期日を過ぎてから提出された場合、決定等に反映されないことがあります。
- イ 提出書類の内容に虚偽があった場合は、決定等を取り消すことがあります。
- ウ 適正な利用料の算定及び利用調整の実施のため、課税台帳等の関係公簿を閲覧することがあります。
- エ 利用申込中又は利用中に保護者の認定事由に変更があった場合は、速やかに保健福祉センターへ届け出てください。
(児童・保護者の住所・氏名等が変わる場合、保護者の勤務先が変わる場合、保護者が育児休業を取得する場合等)
- オ 保護者の求職活動や出産等を認定事由として保育を利用する場合、認定期間(保育を利用できる期間)が定められ、認定期間中に認定事由に変更(求職活動ののち就労開始する等)がなかった場合は、認定期間の満了をもって保育の利用を終了(退所)とします。

大阪市〇〇区保健福祉センター所長 様

平成〇〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名 **保育 太郎**

以上、確認のうえ署名します。