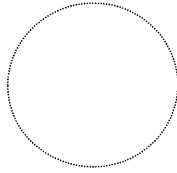


受付



子どものための教育・保育給付
保育認定(変更)申請書兼
保育施設・事業利用調整申込書
(令和4年度用)

(あて先)

保健福祉センター所長

令和 年 月 日

施設名
児童氏名
認定証番号
児童番号
同一世帯の
入所児童
児童番号

転所希望
幼稚園(教育認定)併願

保護者
現住所
フリガナ氏名
電話
子どもの続柄

※上記保護者を、認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。
保育所保育料の口座振替は、上記保護者名義の口座より行います。

教育・保育給付認定について、次のとおり申請します。

保育を希望する期間
保育を希望する時間
希望する保育必要量

世帯構成

※令和4年4月1日現在の年齢を記載してください。

Table with columns: 区分, 氏名, 子どもの続柄, 性別, 年齢, 生年月日, 勤務先名/通学先名等

保育施設・事業の利用調整について、次のとおり申し込みます。

利用希望
第1希望
第2希望
第3希望
第4希望
第5希望
第6希望
その他の希望

保育が必要な理由 (保護者ごとに該当する項目に○をつけてください)

続柄
1 就労 2 妊娠・出産 3 疾病・障がい 4 介護・看護 5 災害復旧
6 求職活動 7 就学 8 その他

備考欄 (具体的に記入してください。転所希望の場合は、その理由を記入してください。)

Blank area for additional notes

※本市記入欄
保育の実施要・否
入所承諾 令和 年 月 日
備考

利用調整調査票（その1）

◎ 父母の状況

該当する箇所に「○」印若しくはチェックまたは必要事項を記入してください。

| | | 父親の状況 | | 母親の状況 | | |
|---|---|---|---|--------------------------|---|--|
| 保育が必要な理由 | 勤務中・就労内定 | 勤務中・就労内定 | | 勤務中・就労内定 | | |
| | 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） | 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） | | 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） | | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | ※現在育休中の場合の利用調整の希望（いずれか一つだけにチェックをつけてください。） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ① 私は、利用調整において通常通りの順位付けとなることを希望します。 <input type="checkbox"/> ② 私は、育児休業を延長することが可能であり、利用調整において他の利用希望者よりも後の順位付けとなることに不服はありません（本事項に該当しなかった場合はすみやかに申し立てます）。 | | | | | |
| | 入所後に求職活動する・現在求職活動中 | 入所後に求職活動する・現在求職活動中 | | 入所後に求職活動する・現在求職活動中 | | |
| | 過去3か月以内の失業による求職中 | 過去3か月以内の失業による求職中 | | 過去3か月以内の失業による求職中 | | |
| | 就学中・就学予定 | 就学中・就学予定 | | 就学中・就学予定 | | |
| 通勤・通学時間（ 時間 分） | 通勤・通学時間（ 時間 分） | | 通勤・通学時間（ 時間 分） | | | |
| 疾病・介護・看護・その他（ ） | 疾病・介護・看護・その他（ ） | | 疾病・介護・看護・その他（ ） | | | |
| 障がい <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ）級 | 障がい <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ）級 | | 障がい <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ）級 | | | |
| ※別紙証明内容のとおり（ ） | | | 出産予定 | 無・有（予定日 令和 年 月 日） | | |
| ※別紙証明内容のとおり（ ） | | | ※別紙証明内容のとおり（ ） | | | |
| その他 | 不在 | 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ） 児童扶養手当の認定 無・申請中・有 | | 不在 | 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ） 児童扶養手当の認定 無・申請中・有 | |
| 住所（市町村） | R3.1.1時点 | ○大阪市 □（ ）市・区・町・村 □海外 | | R3.1.1時点 | ○大阪市 □（ ）市・区・町・村 □海外 | |
| | R4.1.1時点 | ○大阪市 □（ ）市・区・町・村 □海外 | | R4.1.1時点 | ○大阪市 □（ ）市・区・町・村 □海外 | |

◎ 祖父母等の状況

該当する箇所に「○」印または、必要事項を記入してください。（離婚に伴う幼少期の別離の場合は「離婚」や「音信不通」、「交流なし」等と記入）
※令和4年4月1日現在の年齢を記載してください。

| | | 祖父等の状況 | | 祖母等の状況 | | |
|----|----|------------------------------|--|--------|------------------------------|--|
| 父方 | 氏名 | （ 歳） | | 氏名 | （ 歳） | |
| | 住所 | 同居 別居（住所 ） | | 住所 | 同居・祖父等と同じ 別居（住所 ） | |
| | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ） | | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ） | |
| 母方 | 氏名 | （ 歳） | | 氏名 | （ 歳） | |
| | 住所 | 同居 別居（住所 ） | | 住所 | 同居・祖父等と同じ 別居（住所 ） | |
| | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ） | | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ） | |

※同居の祖父母等及び別居の祖父母等（1km圏内居住）で65歳未満であり、保育できない場合は、「保育理由証明及び申告書」が必要です。

◎ 就学前の兄弟姉妹の状況

小学校就学前の兄弟姉妹がいる場合、該当する箇所に「○」印または必要事項を記入してください。

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 状況 |
|----|--------|------|----|---------------------|
| | H R | | | に（利用申込中・在園中）・その他（ ） |
| | H R | | | に（利用申込中・在園中）・その他（ ） |

◎ 兄弟姉妹で利用申込をしている場合

利用調整時に必要となりますので、十分ご検討のうえ記入してください。

| | |
|------------------------------------|---|
| 兄弟姉妹が別々の保育施設等であれば利用できる場合、利用を希望するか。 | <input type="checkbox"/> 別々でも利用する <input type="checkbox"/> 別々なら利用しない |
| 兄弟姉妹全員が同時に利用できる場合、どちらを希望するか。 | <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等の利用を希望する（希望順位が下でも同じ保育施設等の利用を希望する場合） <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別々でもそれぞれの希望順位の高い保育施設等の利用を希望する |
| 兄弟姉妹のうち、1人だけ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ※兄弟姉妹で、上の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない |
| ※兄弟姉妹で、下の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない |
| ※1人だけ利用する場合、利用できない子どもの保育はどうするか。 | （ ） |

※上記に当てはまらない場合等は、申込の際に別途、区保健福祉センターに申し出てください。

◎ 世帯の状況

該当する場合、番号に「○」印または必要事項を記入してください。

| | | | |
|---|------------|----------------------------|-----------|
| 1 日常的に介護が必要な家族がいる | | 介護を担う人（ 父 ・ 母 ） ※父母いずれかに限る | |
| 対象者：身体障がい者手帳3級以上・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳の所持者もしくは要介護1以上の認定者 → 対象となることが分かる書類を添付してください。（障がい者手帳（写）、介護保険被保険者証（写）） | | | |
| 氏名 | | 子ども続柄 | 介護の頻度 日/週 |
| 住所 | 同居・別居（住所 ） | | |
| 2 上記の介護が必要な家族を除いて、世帯に障がい者手帳所持者がいる。（障がい者手帳（写）を添付してください。） | | | |
| 氏名 | | 子ども続柄 | |

記入例

子どものための教育・保育給付 保育認定（変更）申請書兼 保育施設・事業利用調整申込書 （令和4年度用）

（あて先）

保健福祉センター所長

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| 施設名 | | | |
| 児童氏名 | | | |
| 認定証番号 | | | |
| 児童番号 | 1 | 2 | 3 |
| 同一世帯の 入所児童 児童番号 | 1 | 2 | 3 |
| | 1 | 2 | 3 |

令和 3 年 10 月 1 日

転所希望
※すでに保育所入所中の方が転所を希望する場合はし点を入れてください。

幼稚園（教育認定）併願
※幼稚園にも合わせて申込みをされている場合はし点を入れてください。
幼稚園申込日（ 年 月 日）

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------------|------------------------------------|---|------|---|------|
| 保 護 者 ※ | 現住所 | 大阪市北区中之島1-3-20 〇〇マンション××号 () 方 | | | | |
| | フリガナ 氏名 | ホイク タロウ 保育 太郎 | | | | |
| | 電話 （優先的に使う連絡先から順に記載してください） | 子どもの続柄 | 電話番号は必ず2つ記入してください。自宅の電話番号を記載する場合は「自宅」と記入してください。 | | | |
| | ① (母) | 090 | - | 〇〇〇〇 | - | 〇〇〇〇 |
| | ② (父) | 080 | - | ×××× | - | ×××× |

※ 上記保護者を、認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。
保育所保育料の口座振替は、上記保護者名義の口座より行います。

教育・保育給付認定について、次のとおり申請します。

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| 保育を希望する期間 | 令和 4 年 4 月 1 日 ~ 就学前 （令和 年 月 日まで） |
| 保育を希望する時間 | 8 時 00 分 ~ 18 時 00 分 |
| 希望する保育必要量 | ① 保育標準時間認定 2 保育短時間認定 |

世帯構成

※令和4年4月1日現在の年齢を記載してください。

| 区分 | 氏名 | 子どもの続柄 | 性別 | 年齢 | 生年月日 | 勤務先名/通学先名等 |
|------------|--------------------------|--------|-----|--------|---------|----------------------------|
| 申請に係る子ども | (フリガナ) ホイク サブロウ 保育 三郎 | 本人 | 男 | 0 | 3・6・5 | |
| | (フリガナ) ホイク タロウ 保育 太郎 | 父 | 男 | 39 | 57・7・29 | (勤務先名/通学先名) ××料理 〇〇〇 |
| (世帯分離者を含む) | (フリガナ) ホイク ハナコ 保育 花子 | 母 | 女 | 36 | 60・10・9 | (勤務先名/通学先名) (株) △△商事 |
| | (フリガナ) ホイク サクラ 保育 さくら | 姉 | 女 | 6 | 28・1・3 | (勤務先名/通学先名) 〇〇小学校 |
| | (フリガナ) ホイク イチロウ 保育 一郎 | 兄 | 男 | 3 | 30・4・18 | (勤務先名/通学先名) 〇〇保育所 利用申込中 |
| | (フリガナ) ホイク ウメ 保育 うめ | 祖母 | 男 | | | (勤務先名/通学先名) ▽▽病院 入院中 |
| | 該当有無 | ひとり親世帯 | 有・無 | 在宅障がい者 | 有・無 | 生活保護 |

保育施設・事業の利用調整について、次のとおり申し込みます。

| | | | |
|------------------|------|-----------------------------|--|
| 利 用 希 望 | 第1希望 | 〇〇保育所 (〇〇) 区 見学 済 ■ 未 □ | (注意) 希望施設・事業は名称を正確にご記入いただくとともに、利用可能な範囲内としてください。希望した施設・事業に限り、利用調整を行います。正当な理由なく利用を辞退した場合、次の利用調整で調整指数が-5点されます。 |
| | 第2希望 | △△保育園 (△△) 区 見学 済 ■ 未 □ | |
| | 第3希望 | □□保育園 (□□) 区 見学 済 ■ 未 □ | |
| | 第4希望 | ×××保育園 (××) 区 見学 済 ■ 未 □ | |
| | 第5希望 | ※※※保育園 (※※) 区 見学 済 □ 未 ■ | |
| | 第6希望 | □□□こども園 (□□) 区 見学 済 □ 未 ■ | |
| その他の希望 | | | ※開設予定の希望保育施設・事業の開設が、利用開始希望日の翌日以降に延期となった場合、当該施設・事業の利用希望をどうされますか。①~③のいずれか1つを選んでください。（無回答の場合は、①とみなします。②、③を選び当該施設・事業に内定した場合は、開設まで利用をお待ちいただくこととなります。） |
| | | | <input type="checkbox"/> ①利用調整の対象から外し、下位の希望施設・事業の順位を繰り上げる。 <input type="checkbox"/> ②利用開始希望日から開設日まで1か月以内であれば希望順位はそのままだに、1か月を超える場合は、利用調整の対象から外して下位の希望施設・事業の順位を繰り上げる。 <input type="checkbox"/> ③利用開始希望日から開設日まで1か月を超える場合でも希望順位はそのままにする。 |

保育が必要な理由（保護者ごとに該当する項目に○をつけてください）

| | | | | | |
|----|--------|---------|-----------|---------|--------|
| 続柄 | ① 就労 | 2 妊娠・出産 | 3 疾病・障がい | 4 介護・看護 | 5 災害復旧 |
| 父 | 6 求職活動 | 7 就学 | 8 その他 () | | |
| 続柄 | ① 就労 | 2 妊娠・出産 | 3 疾病・障がい | 4 介護・看護 | 5 災害復旧 |
| 母 | 6 求職活動 | 7 就学 | 8 その他 () | | |

備考欄（具体的に記入してください。転所希望の場合は、その理由を記入してください。）

備考欄

| | | | |
|--------|-----------|---------------|-----------|
| ※本市記入欄 | 保育の実施 要・否 | 入所承諾 令和 年 月 日 | 備考 |
| | 申請 | 決定 | 徴収額 変更 解除 |

利用調整調査票（その1）

◎ 父母の状況

該当する箇所に「○」印若しくはチェックまたは必要事項を記入してください。

| | | 父親の状況 | | 母親の状況 | | |
|---------------|--|---|--|--------------------------|------------------|--|
| 保育が必要な理由 | 勤務中 | 就労内定 | 勤務中 | 就労内定 | | |
| | | 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） | | 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） | | |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | ※現在育休中の場合の利用調整の希望（いずれか一つの方にチェックをつけてください。） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ① 私は、利用調整において通常通りの順位付けとなることを希望します。 <input type="checkbox"/> ② 私は、育児休業を延長することが可能であり、利用調整において他の利用希望者よりも後の順位付けとなることに不服はありません（本事項に該当しなくなった場合はすみやかに申し立てます）。 | | | | | |
| | 入所後に希望する | ・現在求職活動中 | 入所後に求職活動する | ・現在求職活動中 | | |
| | 過去3か月以内の失業による求職中 | | 就学中 | ・就学予定 | | |
| 通勤・通学時間（ | 分） | 通勤・通学時間（ | 1 時間 | 分） | | |
| 疾病・介護・看護・その他（ | ） | 疾病・介護・看護・その他（ | ） | | | |
| 障がい | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ） | 保育が必要な事由について、別紙提出の証明書類の記載内容に誤りがないことを確認し、○を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ）級 | | | |
| ※別紙証明内容のとおり（ | ○ | ※別紙証明内容のとおり（ | ○ | | | |
| その他 | 不在 | 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ | ） | 不在 | 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ | |
| | | 児童扶養手当の認定 | 無・申請中・有 | | 児童扶養手当の認定 | |
| 住所（市町村） | R3.1.1時点 | 大阪府 | （堺）市・区・町・村 | 海外 | R3.1.1時点 | |
| | R4.1.1時点 | 大阪府 | （堺）市・区・町・村 | 海外 | R4.1.1時点 | |

◎ 祖父母等の状況

該当する箇所に「○」印または、必要事項を記入してください。（離婚に伴う幼少期の別離の場合は「離婚」や「音信不通」、「交流なし」等と記入）
※令和4年4月1日現在の年齢を記載してください。

| | | 祖父等の状況 | | 祖母等の状況 | |
|----|----|--------------------|----------|--------|--------------------|
| 父方 | 氏名 | 保育 道夫 | （ ） 歳 | 氏名 | 保育 うめ |
| | 住所 | 同居 | | 住所 | 同居・祖父等と同じ |
| | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 | | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 |
| 母方 | 氏名 | 大阪 和夫 | （ 69 ） 歳 | 氏名 | 大阪 佐代子 |
| | 住所 | 同居 | | 住所 | 同居・祖父等と同じ |
| | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 | | 状況 | 就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 |

※同居の祖父母等及び別居の祖父母等（1km圏内居住）で65歳未満であり、保育できない場合は、「保育理由証明及び申告書」が必要です。

◎ 就学前の兄弟姉妹の状況

小学校就学前の兄弟姉妹がいる場合、該当する箇所に「○」印または必要事項を記入してください。

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 状況 |
|-------|----|---------|----|------------------------|
| 保育 一郎 | 兄 | 30・4・18 | 3 | 〇〇保育園に（利用申込中・在園中）・その他（ |
| | | | | に（利用申込中・在園中）・その他（ |

◎ 兄弟姉妹で利用申込をしている場合

利用調整時に必要となりますので、十分ご検討のうえ記入してください。

| | |
|------------------------------------|--|
| 兄弟姉妹が別々の保育施設等であれば利用できる場合、利用を希望するか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 別々でも利用する <input type="checkbox"/> 別々なら利用しない |
| 兄弟姉妹全員が同時に利用できる場合、どちらを希望するか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 同じ保育施設等の利用を希望する（希望順位が下でも同じ保育施設等の利用を希望する場合） <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別々でもそれぞれの希望順位の高い保育施設等の利用を希望する |
| 兄弟姉妹のうち、1人だけ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ※兄弟姉妹で、上の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input type="checkbox"/> 利用する <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない |
| ※兄弟姉妹で、下の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない |
| ※1人だけ利用する場合、利用できない子どもの保育はどうするか。 | （企業主導型保育事業を継続する。） |

※上記に当てはまらない場合等は、申込の際に別途、区保健福祉センターに申し出てください。

◎ 世帯の状況

該当する場合、番号に「○」印または必要事項を記入してください。

| | |
|---|------------------------|
| 1 日常的に介護が必要な家族がいる | 介護を担う人（父・母） ※父母いずれかに限る |
| 対象者：身体障がい者手帳3級以上・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳の所持者もしくは要介護1以上の認定者 → 対象となることが分かる書類を添付してください。（障がい者手帳（写）、介護保険被保険者証（写）） | |
| 氏名 | 子どもの続柄 |
| 住所 | 同居・別居（住所） |
| 介護の頻度 | 日/週 |
| 2 上記の介護が必要な家族を除いて、世帯に障がい者手帳所持者がいる。（障がい者手帳（写）を添付してください。） | |
| 氏名 | 子どもの続柄 |