

年度 教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書 (2・3号認定用)

窓口申請用  
(郵送不可)

受付印 R7

(宛先) 姫路市長

有効期限 令和8年(2026年) 3月 (利用調整)まで

以下のとおり、施設給付費・地域型保育給付費に係る支給認定証の交付を申請するとともに、特定教育・保育施設の利用を申し込みます。  
なお、市が利用調整、利用者負担額の算定、副食費の免除対象者の把握等のために申請者及び世帯員の住民税の情報、世帯情報、生活保護関係情報及び障害者関係情報を確認し、又は閲覧すること、当該情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費の免除に関する事項並びに当該情報のうち子ども・子育て支援法の規定に基づく適切な保育のために必要となる情報を利用決定した特定教育・保育施設に提示すること並びにこの申請の内容を利用希望施設に提供することに同意します。  
この申請により保護者間の意思の相違によるトラブル等が生じた際は、申請者の責任において解決し、姫路市には一切迷惑をかけません。

一般枠  
緊急枠

※鉛筆や文字が消えるボールペンは使用しないでください。

申請者 (保護者)	氏名 (フリガナ)	電話番号 優先順位	申請日	年	月	日
	現住所	〒 -	父携帯電話	-	-	
	新住所	〒 -	母携帯電話	-	-	
			その他( )	-	-	

現在、住民登録等している住所を記入してください。方書、棟室番号なども必ず記入してください。

現住所が市外の場合、市内転入後の住所を記入してください。 ⇒転入予定日: 年 月 日

児童氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	年齢(令和7年3月31日時点)
			年 月 日	歳 ヶ月
児童の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当			

利用希望施設名	第1希望	(希望理由: )	第2希望	(希望理由: )
	第3希望	(希望理由: )	利用希望施設が「分園」の場合、必ず分園名まで記入してください。	
	利用を希望する期間			
		年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校入学前 まで <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで	

保育必要量	<input type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) ※ご希望に添えない場合があります。 <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで) ※利用時間については各施設により異なりますので、事前にご確認ください。
ひとり親家庭の適用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 離婚・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離婚調停中等(別途証明書の提出が必要です。)
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (担当者名: )・ <input type="checkbox"/> 申請中( 年 月 日申請 担当者名: )

保護者	氏名	続柄	生年月日	保育を必要とする事由	備考
	(フリガナ)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他	身・療・精・年
	令和6年1月1日の住所	姫路市内・姫路市外 ⇒ ( ) 都道府県名・市区町村名又は国名を記入			
	令和7年1月1日の住所	姫路市内・姫路市外 ⇒ ( ) 都道府県名・市区町村名又は国名を記入			

保護者以外の同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校 等	備考
	(フリガナ)		年 月 日		身・療・特・精・年
	(フリガナ)		年 月 日		身・療・特・精・年
	(フリガナ)		年 月 日		身・療・特・精・年

別居  無・ 有 (  単身赴任・ その他 ) ⇒ (氏名: 続柄: 住所: )

祖父母の状況	父方	続柄	氏名	住所	電話番号	就労の有無	
		祖父			-	-	有・無
	母方	祖父			-	-	有・無
		祖母			-	-	有・無

育児休業からの復帰に伴うお申込みの方で、以下に該当される方のみ☑ください。(てびきP. よくあるお問合せ 参照)

希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できる。  
(利用調整基準表の加算指数において10点減点となります)

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅	(父・母・祖父・祖母・その他( ))
	<input type="checkbox"/> 職場	(父・母・祖父・祖母・その他( ))
	<input type="checkbox"/> 親族・知人宅	氏名: 続柄: 住所:
	<input type="checkbox"/> 保育施設等	施設名: 利用方法: 通常保育・一時預かり・その他( ) 利用料: 月額・日額 ⇒ 円
<input type="checkbox"/> その他		

使用欄	
ひとり親 住民票	<input type="checkbox"/> 市外から転入 <input type="checkbox"/> R6 <input type="checkbox"/> R7 課税証明書 <input type="checkbox"/> 個人番号申告書 <input type="checkbox"/> 転入先住所書類
受付者	
施設	
こども	

切り取り線

きょうだい条件(同時に二人以上申込み場合、記入の上、それぞれの新規申込が必要です)

- ① 入所する月  
 別月入所不可(全員同じ月の保育枠の入所でなければ誰も入所しない)  
 別月入所可  
      (児童名 )のみ先に入所できる時は入所しておきたい  
      先にひとりでも入所できるのであれば入所しておきたい(★)

きょうだいが令和7年4月に1号で入所決定済みの場合は、「別月入所可」にチェックをしてください。

- ② 入所する施設  
 別施設入所不可(同施設入所のみを希望)(★)  
 別施設入所可  
      同施設入所を優先するが、同施設入所ができない場合は、別施設入所も可  
      同施設入所を優先せず、それぞれの希望順位を優先する

- ③ その他の条件(希望する施設が二施設以上で①・②共に(★)の項目を選択した方は、必ず下記A、Bどちらかをお選びいただき、Bを選ばれる方は、児童名もご記入ください。双子の方はBをお選びください。) いずれか1人の児童しか入所できない状況になった場合には  A( 高い希望順位で内定した子 )を入所させたい  B(児童名 )を入所させたい

## 記入必須

## 児童の状況欄

記入日	令和	年	月	日
児童氏名				
生年月日	平成・令和	年	月	日

必ず以下の全てを確認し、をつけてください。

<input type="checkbox"/>	利用決定前に希望施設と面談を行っていただく場合があります。この書類は面談のための基礎資料として記入をお願いするものであり、その目的以外に使用することはありません。できるだけ具体的に漏れないようご記入ください。
<input type="checkbox"/>	児童に個別に支援が必要であると思われる場合や障害がある場合は、事前に希望する施設を見学し、児童の状況や気になることをお伝えください。
<input type="checkbox"/>	利用前の面談や保育を行う中で、疾病・障害等により児童の安全確保が困難であると認められた場合や、多くの児童と関わり合いながら生活することが著しく困難であると認められた場合は施設を利用できないことがあります。

個別に支援が必要な場合(乳幼児健診や医療機関等で助言を受けたことや集団生活において心配されることがある場合)や児童に障害がある場合はありに、ない場合はなしにをつけてください。

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし →以下未記入のまま提出してください
-----------------------------	--

健診状況	受診した健診	何か指導がありましたか(ある場合は指導内容を記入してください)		
	<input type="checkbox"/> 4ヵ月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	
	<input type="checkbox"/> 10ヵ月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	
	<input type="checkbox"/> 1歳6ヵ月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	
発達状況	運動面の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	気になる内容:			
	言語面の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	気になる内容:			
健康状況	行動面で気になることがありますか(落ち着きがない、初めてのこと・場所が苦手等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	気になる内容:			
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で病院や施設を利用しているまたは利用する予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	病名・障害名等:			
	療育施設(児童発達支援等)の利用: <input type="checkbox"/> 利用中 施設名( )			
	ルネス花北の利用: <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用予定(開始予定日: 年 月 日)			
	けいれんやひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	時期等の具体的な内容:			
	食物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	食物アレルギーの種類			
アフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
障害者手帳等の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
種類: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当				
等級(度):				
障害者手帳等の交付の申請(予定)はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
申請日: 年 月 日				
種類: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当				
その他	保育施設で気を付けてほしいことや伝えておきたいこと			

切り取り線