

令和2年度天城町立保育所等利用手続きのご案内

令和2年度保育所に入所を希望される世帯は、下記の事項を確認のうえ、お申込下さい。

入所受付について

令和2年4月入所申込受付期間 令和元年12月2日(月)～12月27日(金)(土・日、祝日除く)(郵送必着)

(郵送提出の場合、申込書類に不備があると入所選考対象にならない場合がありますので予めご了承ください)

受付場所 天城町役場保健福祉課 〒891-7692 鹿児島県大島郡天城町大字平土野 2691 番地 1 (電話: 0997-85-5333)

受付時間 8:30～17:00

提出書類は、天城町役場保健福祉課、天城町ホームページ、各保育所で配布しています。

※4月以降に入所予定の世帯も上記期間に申込できます(例:7月に入所したいなど)。

提出書類について・・・2人以上の申込をされる場合は、1児童につき1つ①の提出が必要です。

※提出書類は以下の①～③で、④の書類は提示のみ、⑤は該当する世帯のみです。

①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

②下表から該当する書類のうち1点

保護者の状況	提出書類	注意点等
就労(外勤・自営業)・育児休業	就労(予定)証明書 ※2人以上申込児童いる場合は、1枚の提出で可	・就業先に証明を依頼してください(必ず全ての記入を会社の事務員等をお願いして下さい。ご自分で記入しないでください)。自営業者はご自分で証明をしてください。
妊娠・出産	母子手帳等	・出産予定日の8週間前の月の初日から利用できます。 ・出産は出産日から8週間後の月末まで利用できます。
保護者の疾病・障害・親族の介護等	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の写し等、診断書	・障がいや病気のため、家庭での児童の保育が困難である旨の記載がある診断書を病院からだしてもらい、提出して下さい。
災害復旧	罹災証明書	・消防署・役場総務課等で証明をもらってください。
求職活動	求職内容を証明するもの	・ハローワークカードなど活動内容を証明する書類 ・入所後3か月以内に就労してください。保育所を利用できる期間は3か月以内(90日を超える日の月末まで)です。また、年度内においても合計3か月以内です。利用開始後90日を超える日の月末までに就職先等が決まらない場合は、保育所を退所することになります。
就学	在学証明書	・カリキュラム・時間割・就学時間等がわかるものも別途必要です。
DV等・その他	天城町が必要とする書類	・天城町保健福祉課へお問い合わせ下さい。

※同居(同じ敷地の別棟に住んでいる祖父母等も)の65歳未満祖父母等も上表の事由にあてはまる場合は、いずれかの書類提出をお願いします。無くても申請できますが、入所選考で減点となります。

③町税等完納証明書(役場税務課で証明をもらってください。町外世帯の郵送申込は証明要りません)

④(ア)世帯全員のマイナンバーが確認できる書類の提示(マイナンバーカード、通知カード、マイナンバー入りの世帯全員の住民票の写しから1点)※郵送提出の場合は写しを送付してください。

(イ)申込書を提出にきた保護者の本人確認書類の提示(マイナンバーカード・運転免許証など顔写真付きのものは1点、保険証・住民票など顔写真の無いものは2点)※郵送提出の場合は写しを送付してください。

⑤その他必要な書類(該当する世帯のみ)

・保育士証の写し(天城町内の保育所等で働く場合、入所選考で加点されます)

- ・生活保護世帯であれば、生活保護受給証明書の写し（保育料が無償、入所選考で加点されます）
- ・申込児童が障害者手帳をお持ちの場合は、障害者手帳の写し（入所選考で加点されます）
- ・保護者がリストラ・倒産等で失業した場合は、会社都合である離職票等の写し（入所選考で加点されます）

保育所とは

保育所は、下表のように保護者が就労や病気などのため家庭でお子様を保育できない場合、保護者に代わって保育することを目的とする児童福祉施設です（児童福祉法 24 条、子ども・子育て支援法 19 条）。保育所等で保育を希望する場合は、保護者全てが以下の「保育を必要とする事由」に該当し、保育認定を受けることが必要です。

保育を必要とする事由	保育の実施期間 (保育を必要とする期間に限る)	保育必要量		保育時間の目 安
		短時間	標準時間	
1. 就労（外勤・自営業等、月の就労時間の常態が 48 時間以上であること）	左の条件で就労している期間	○	○	通勤時間帯と 就労時間帯
2. 妊娠・出産	産前産後各 3 か月以内	—	○	8:00～17:00
3. 保護者の疾病・障がい	保育が困難と認められる期間	○	○	8:00～17:00
4. 同居または長期入院などを行っている親族の介護・看護	介護等が必要と認められる期間	○	○	8:00～17:00
5. 災害復旧	状況がなくなるまで	—	○	8:00～17:00
6. 求職活動	認定日から 3 か月以内	○	—	8:30～16:30
7. 就学（職業訓練校等での職業訓練を含む）※通信教育は不可	卒業（終了）予定日の月末まで	○	○	8:00～17:00
8. DV・児童虐待等	天城町が認める期間	○	○	8:00～17:00
9. 育児休業取得中に継続利用が必要	既に預けている子が年長の場合は 年度末又は家庭で育児している下 の子が 1 歳になる年度末まで	○	—	8:30～16:30
10. その他	天城町が認める期間	○	○	—

保育の必要量と保育時間の目安について

保育の必要量によって、「保育標準時間」と「保育短時間」のそれぞれの利用区分に分けられ、保育所利用可能時間が異なります。

①「保育標準時間」：利用可能時間は 1 日あたり「最大」11 時間です。※月 120 時間以上就労しているなど

②「保育短時間」：利用可能時間は 1 日あたり「最大」8 時間です。※月 120 時間未満就労しているなど

～注意～上記で設定されている利用可能時間は、あくまで「最大で施設を利用することのできる大枠の時間」となり、

実際に利用できる時間は保護者の就労時間及び通勤時間などを合わせた時間までとなります。

例：勤務時間 8:00～17:00 で保育標準時間認定→通勤時間 30 分（町外勤務は 1 時間に設定）と就労時間帯で 7:30～17:30 が保育時間の目安となります。保育時間の目安はそれぞれの家庭の状況により異なります。

天城町保育所等一覧

申込	保育所名	所在地	定員	受入可能年齢	電話番号	開所時間（日・祝日等除く）		延長保育時間 （月額 3,000 円）
						保育標準時間	保育短時間	
保健福祉課	与名間へき地保育所	与名間 287 番地	30 名	3 歳以上	0997-85-4848	—	8:30～16:30	—
〃	北部保育所	岡前 600 番地の 1	90 名	6 か月～5 歳児	0997-85-4161	7:30～18:30	8:30～16:30	17:40～19:00
〃	天城保育所	天城 580 番地の 1	60 名	6 か月～5 歳児	0997-85-2209	7:30～18:30	8:30～16:30	17:40～19:00
〃	南部保育所	大津川 751 番地の 1	45 名	6 か月～5 歳児	0997-85-2299	7:30～18:30	8:30～16:30	17:40～19:00

(備考) ①西阿木名幼稚園(公立)は天城町教育委員会へお問い合わせ下さい。(電話:0997-85-5226)

②天城カトリック幼稚園(私立)は施設へ直接お問い合わせ下さい。(電話:0997-85-2215)

入所申込等の注意点について

①申込前に各保育所を見学できます。各保育所に電話予約してご見学ください。

②お子様に疾病や障害のある場合は、保育所等での受入体制を整える必要がありますので、医師や専門機関による診断書・診療情報提供書等を提出して下さい。

③申込時点で天城町に住所がない世帯でも、原則令和2年3月末日までに天城町に転入されることを条件に、4月入所選考申込ができます。

④保育所入所は原則、月初め(1日)入所となります。

⑤4月入所選考以降の入所申込については、保育所が定員を超えていないなど受入が可能な場合、前月の20日までの申込について選考し、25日に入所を決定します。

⑥天城町にお住まいの世帯で、職場が他町である等の理由で他市区町村の保育所等の利用を希望する場合、天城町へ利用申込をしていただくこととなりますが、利用調整(選考)は保育所等のある市区町村が実施します。

(保育所等の利用は、それぞれの市区町村の住民を優先しますので、必ず入所できるとは限りません)

⑦書かれた申込書類等の内容に虚偽記載のあることが判明した場合は、入所を取り消すことがあります。

新規児童の保育所利用内定後の手続き等

①各保育所において入所内定した新規児童の保護者へお知らせする1日体験入所(4月入所児童は3月実施)の後、面接や健康診断(後日、医療機関受診)などをして正式に入所決定となります。

②慣らし保育については、入所内定後、保育所等での面談時にご相談ください。

入所した後の変更手続きについて

世帯状況等に以下のような変更があった場合は、天城町役場保健福祉課で手続きが必要となります。

①子ども・保護者氏名・転出(退所届出)

②世帯員の増減(婚姻・離婚・出生・別居・同居等)

③保護者の転職・離職・その他保育を必要とする事由の変更

※③など変更した後の保育を必要とする書類(ハローワークカード、就労証明書等)を提出いただけない場合は、退所となる場合があります。

延長保育(時間外保育)について

保育標準時間又は保育短時間を超える場合は、延長保育を利用できます。延長保育の申込・利用料等、具体的な相談は各施設へお問い合わせ下さい。

子どもが病気になったときの保育について(病児保育)

子どもが病気等にかかり、どうしても仕事が休めない場合などは、下記施設で病児保育を利用することができます。事前登録と利用前に病院受診が必要となります。詳しくは下記へお問い合わせください。

施設名 がじゅまる病児保育室 運営法人 NPO法人親子ネットワークがじゅまるの家

住所: 徳之島町亀津3218-3 電話: 080-8881-7039 メール: daihyo@gajyumaru-net.jp

天城町少子化対策児童養育助成事業(保育料の実質無償化)について

天城町では少子化対策として、町税等を完納している世帯に限り、納入した保育料を年度末にお返しています。対象者には申請書等をお送りします。※延長保育料等は無償となりません。

保育料について

保育料の算定は、世帯の市区町村民税所得割課税額の合計額で行います。市区町村民税の所得割額を計算する場合、住宅借入金等特別税額控除、配当控除、寄附金税額控除、外国税額控除、配当割額・株式等譲渡所得割額控除は適用されません。

・保育料の切り替え時期は毎年9月です。

4～8月の保育料（毎月同額です）	9～3月の保育料（毎月同額です）
令和元年度の世帯の市区町村民税所得割額で算定 （平成30年1月～平成30年12月の所得）	令和2年度の世帯の市区町村民税所得割額で算定 （平成31年1月～令和元年12月の所得）

・保育料一覧

階層区分		月額保育料（円）		月額保育料（副食費）（円）	
		3歳児未満		3歳児以上	
		保育標準時間	保育短時間	保育標準時間	保育短時間
第1階層	生活保護世帯	0	0	0	0
第2階層	市区町村民税非課税世帯	0	0	0	0
第3階層	市区町村民税所得割課税額 48,600円未満	18,000	17,700	0	0
第4階層	市区町村民税所得割課税額 97,000円未満	26,000	25,600	(4,500)	(4,500)
第5階層	市区町村民税所得割課税額 169,000円未満	32,000	31,500	(4,500)	(4,500)
第6階層	市区町村民税所得割課税額 301,000円未満	38,000	37,400	(4,500)	(4,500)
第7階層	市区町村民税所得割課税額 397,000円未満	44,000	43,300	(4,500)	(4,500)
第8階層	市区町村民税所得割課税額 397,000円以上	50,000	49,200	(4,500)	(4,500)

・母子家庭の世帯等の保育料一覧

階層区分		月額保育料（円）		月額保育料（副食費）（円）	
		3歳児未満		3歳児以上	
		保育標準時間	保育短時間	保育標準時間	保育短時間
第2階層	市区町村民税非課税世帯	0	0	0	0
第3階層	市区町村民税所得割課税額 48,600円未満	8,500	8,500	0	0
第4階層	市区町村民税所得割課税額 97,000円未満	8,500	8,500	(4,500)	(4,500)

（備考）①別居の生計をひととされている子ども等がいる場合は、保育料が軽減される場合がありますので、世帯の状況欄に必ず記入して下さい。

②「母子家庭の世帯等」とは、母子及び父子並びに寡婦福祉法による母子世帯等及び障がい者を有する世帯のことをいいます。

③母子家庭の世帯等は市区町村民税所得割額が 77,101円未満であれば、第2子以降は保育料無料となります。

④同一世帯から2人以上の就学前児童が認可保育所、幼稚園、特例保育等を利用している場合の保育料は、最も年齢が高い児童は全額、第2子児童は2分の1（100円未満は切り捨て）、第3子以降は無償となります。

⑤第2～4階層の3歳児未満世帯で、市区町村民税所得割課税額が 57,700円未満の世帯については、第1子の年齢に関わらず、第2子児童は2分の1（100円未満は切り捨て）、第3子以下の児童は無償となります。

⑥市区町村民税所得割額が 97,000円未満の世帯のうち、満18歳未満の年長者から3人目以降に該当する児童については、さらに軽減を受ける場合があります。

⑦所得の申告は、必ず毎年、天城町税務課等で行ってください。所得申告していない保護者がいる場合は、保育料は最高額の第8階層保育料となります。

⑧同居の祖父母などがいて、保護者の収入額がそれぞれ93万円に満たない場合は、祖父母などが家計の主宰者とみなされるため、祖父母などの収入により保育料を決定します。

⑨上表の月額保育料(4,500)円（副食費）は、天城町の公立認可保育所のものです。私立保育園等の副食費は、それぞれの園が決定しますので、園に直接納めて下さい。また市区町村民税所得割課税額が 57,700円未満の世帯については副食費も無償となります。

利用調整（4月入所利用者選考）について

保護者の保育を必要とする事由とご家庭の状況から下表（ア）、（イ）により点数化し、合計点の高い児童から順に入所先を決めます。同点の場合は（ウ）により選考します。入所選考結果は申請者全員にお送りします。第1希望施設に入所枠がない場合、第2・3希望施設欄に記入された施設での選考を行い、入所先を決めます。

（ア）基本点数表

			保育を必要とする理由	点数
就労 員等	自営以外の会社	週40時間以上働いている者等	月実働160時間以上就労している。(1日8時間以上)	10
		週30時間以上働いている者等	月実働120時間以上160時間未満就労している。(1日6時間以上)	9
		週20時間以上働いている者等	月実働80時間以上120時間未満就労している。(1日4時間以上)	8
		週12時間以上働いている者等	月実働48時間以上80時間未満就労している。(1日2時間以上)	7
	自営業	週40時間以上働いている者等	月実働160時間以上就労している。(1日8時間以上)	9
		週30時間以上働いている者等	月実働120時間以上160時間未満就労している。(1日6時間以上)	8
		週20時間以上働いている者等	月実働80時間以上120時間未満就労している。(1日4時間以上)	7
		週12時間以上働いている者等	月実働48時間以上80時間未満就労している。(1日2時間以上)	6
	自営業協力者等	週40時間以上働いている者等	月実働160時間以上就労している。(1日8時間以上)	8
		週30時間以上働いている者等	月実働120時間以上160時間未満就労している。(1日6時間以上)	7
		週20時間以上働いている者等	月実働80時間以上120時間未満就労している。(1日4時間以上)	6
		週12時間以上働いている者等	月実働48時間以上80時間未満就労している。(1日2時間以上)	5
妊娠・出産			出産期間のみ(産前・産後3か月)	10
保護者の 疾病・障 がい	疾病など	疾病のため長期(1か月以上)入院もしくは居宅内で常時病床にある者	入院又は、入院に該当する治療及び常時安静が必要で、日常保育が不可能である場合(診断書提出)	10
		上記以外で通院を要しかつ日常保育の軽減が必要である者	上記以外で通院を要しかつ日常保育の軽減が必要である者(診断書提出)	8
	障がいなど	身体障害者手帳1・2級、及び精神障害者保健福祉手帳1級、療育手帳A1・A2の該当者で保育が困難な者	身体障害者手帳1・2級、及び精神障害者保健福祉手帳1級、療育手帳A1・A2級の該当者で保育が困難な場合(診断書・障害者手帳提出)	10
身体障害者手帳3級、及び精神障害者保健福祉手帳2級、療育手帳B1の該当者で保育が困難な者		身体障害者手帳3級、及び精神障害者保健福祉手帳2級、療育手帳B1級の該当者で保育が困難な場合(診断書・障害者手帳提出)	9	
上記以外の手帳該当者		上記以外の手帳該当者で日常保育が困難な場合(診断書・障害者手帳提出)	8	
同居親族等の 介護・看護等	介護・看護	病院付添い	入院付添い:1か月以上にわたり入院している者の付添い(診断書提出)	9
		施設等付添い	心身障害者通園通学付添い又は看護(障害者手帳、もしくは診断書の提出):週3日以上(付添いを求める通知、在学・在園証明書の提出)	7
		居宅内付添い	常時病床の方、心身障害者(重度)等の常時付添い(診断書の提出、診断書で「全介助」を要すると診断された者)	8
		上記内容以外の付添い	上記にあてはまらない介護・看護(診断書等の提出)	5
災害復旧	震災・風水害・火災等でその復旧にあっている場合	災害・風水害・火災等でその復旧にあっている場合	10	
求職活動	求職中である者		3	
就学	大学・専門学校・職業訓練学校へ通っている	就労の「自営以外の会社員等」に準ずる		
DV等	DV等の事実がある場合		10	

(備考) ①複数の区分に該当する場合は、最も高い区分の点数を適用します。

②就労時間は、所定就労時間（休憩時間を含む）に相当する時間とします。

③居宅内就労とは、日常生活に使用する居室を就労場所として使用するものとし、それ以外のは居宅外就労の区分とします。

④保護者が1名の場合は、基準点に10点を加えます。

(イ) 優先利用のための加点表（世帯単位で（ア）表に加点します）

区分	点数
母子家庭又は父子家庭である	6
生活保護世帯である	3
世帯の生計を維持するために就労していた保護者が失業し（リストラ・倒産）、当該保護者が速やかに就労することが必要である	5
DV等のおそれがある	7
子どもが障がいを持っている	6
保護者が育児休業後に復職し、又は復職する予定であること（4月入所なら4月中の復帰が必要）	1
保育を受けようとする保育所等が、兄弟姉妹（多胎児を含む）が現に保育を受け、又は受けようとする保育所等と同一である	1
保護者のいずれかが天城町内で勤務（内定を含む）する有資格の保育士である	10
同居の祖父母等が65歳未満で保育の事由にあてはまらない	-5
天城町の税金等に滞納があり、分納誓約を交わしていない又は誓約どおり支払いしていない	-5
天城町の税金等に滞納があるが、分納誓約を交わしており、誓約どおり支払いしている	-3
その他、特別な事情により加点調整が必要と認められる場合	1～15

(ウ) 同点者調整項目表（（ア）・（イ）表で同点の場合、下表の項目順に従い、児童の優先順位を決定します）

項目順	区分	
1	滞納	町税等完納証明書で滞納のない世帯が滞納のある世帯に優先する
2	世帯形態	保護者と子どもだけの世帯が他の世帯に優先する
3	就労の有無	保護者のいずれもが就労している世帯、保護者のいずれかが就労している世帯、保護者のいずれもが就労していない世帯の順に優先する
4	就労形態	保護者のいずれもの就労が居宅外で行われている世帯、保護者のいずれかの就労が居宅外で行われている世帯、保護者のいずれもの就労が居宅内で行われている世帯の順に優先する
5	同居・近隣在住等の祖父母等の有無	同居等の祖父母等がない世帯は、75歳未満で保育の事由にあてはまらない（就労は月80時間未満）同居等の祖父母等がいる世帯に優先する
6	就労時間	保護者の通常の1か月の労働時間が長い世帯が短い世帯に優先する
7	申込時期	申込時期の早い世帯が申込時期の遅い世帯に優先する
8	希望順位	利用申込に係る保育所等の希望順位が上位の世帯が下位の世帯に優先する
9	調整点の合計点	加点の合計点の高い世帯が低い世帯に優先する

令和元年10月からの国の保育料無償化制度について

令和元年10月から、「幼児教育・保育の無償化」制度が開始しています。概要は以下の表のとおりです。

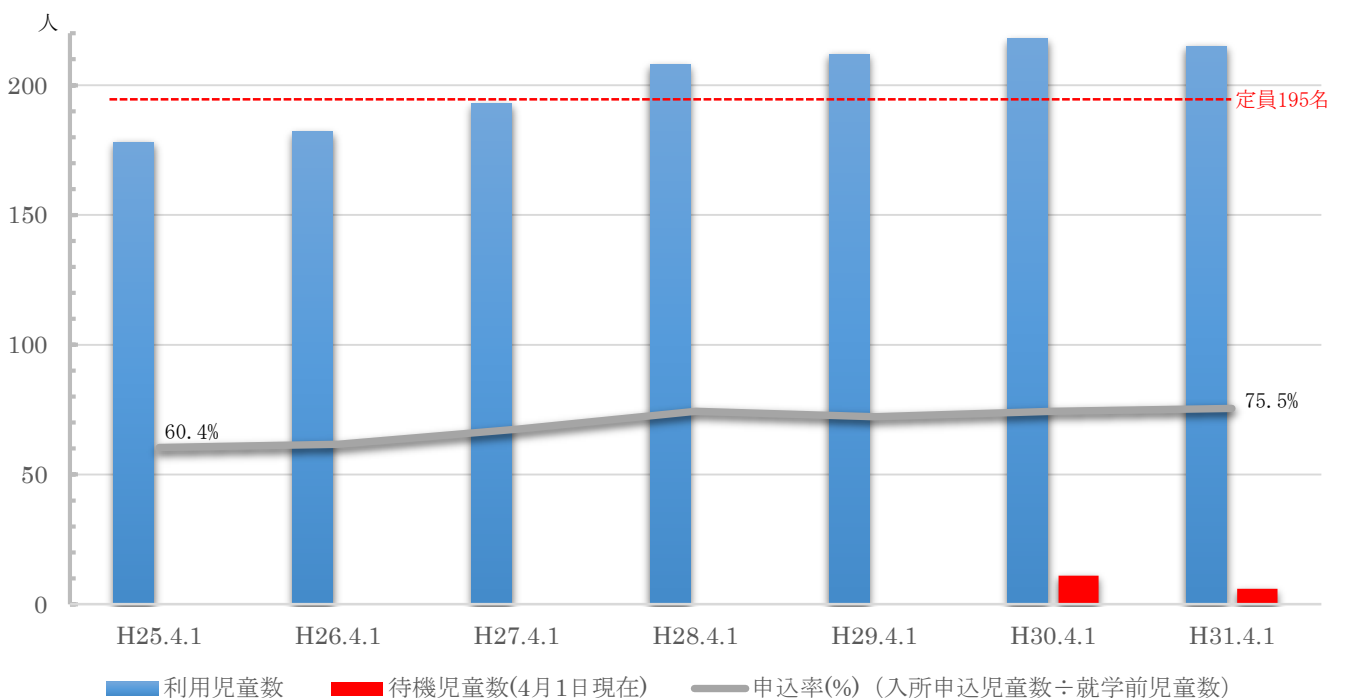
子どもの年齢		0～2歳児		3～5歳児	
保育の必要性		あり	なし	あり	なし
施設の 種類	保育所（保育園）	住民税非課税世帯は無償	利用不可	無償	利用不可
	幼稚園	—	—	月額25,700円まで無償 ^{注1}	
	幼稚園の預かり保育	—	—	月額11,300円まで無償	無償化の対象外
	認可外保育施設、病児保育、一時預かり ^{注2}	住民税非課税世帯は月額42,000円まで無償	無償化の対象外	月額37,000円まで無償	
	障がい児通園施設 ^{注3}	住民税非課税世帯はすでに無償		無償	

- 注1 保育所等と違い、年度途中で3歳になり幼稚園に入園となった場合、月額25,700円まで無償となります。
- 注2 保育所や幼稚園を既に利用している場合、別にこれらの施設を利用しても無償となりません（施設の併用利用は無償化の対象外）。
- 注3 保育所や幼稚園を既に利用している場合、別にこれらの施設を利用しても無償となります（施設を併用利用しても無償化の対象）。
- ※副食費（給食のおかず、おやつ、飲み物代）、延長保育料等は無償となりません（年収360万円未満相当世帯は、副食費が無償となります）。

町内3保育所の入所児童数の推移等について

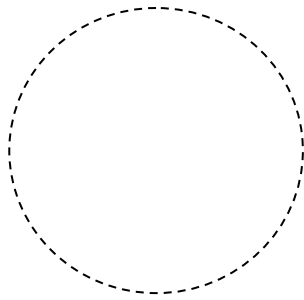
天城町では、年々保育所入所希望児童数が増加してきており、保育所の定員を超過して児童が入所しています。また平成30年度から待機児童がでています。すべての入所希望児童が保育所等へ入所できるよう努めますが、保育の必要性の低い児童は定員数や保育士数により待機児童となる可能性がありますのでご了承ください。

北部・天城・南部保育所の4月1日入所児童数の推移



※記載例 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

受付印



新規 継続

令和元年12月〇〇日

保護者住所 天城町天城〇〇〇-〇〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

印 ⑩

連絡先父 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

連絡先母 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

天城町長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請(利用申込)します。

児童名	マイナンバー (ふりがな) 氏 名												生 年 月 日			年齢	性別
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	平成 27 年 1 月 1 日			4 歳	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	(〇〇〇〇 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇																
保育の希望の有無(※) いずれかに○をしてください	なし：(1号認定) ・幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)																
	<input checked="" type="radio"/> あり：(2号認定) ・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(幼稚園等と併願の場合を含む) (3号認定)																

(※) 「あり」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「なし」を○で囲んだ場合は①、③及び⑤に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	児童との続柄	マイナンバー 氏 名	生年月日	性別	勤務先 (職業又は学校名等)	備考
児童の世帯員	父	2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 〇〇 〇〇	S60・1・2	男	会社員	
	母	3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 〇〇 〇〇	S61・2・3	女	介護職員	
	兄	4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 〇〇 〇〇	H25・3・4	<input checked="" type="radio"/> 男・女	天城小学校	
			・	男・女		
			・	男・女		
			・	男・女		
生活保護の適用の有無		1 <input checked="" type="radio"/> 適用なし 2 適用あり (年 月 日保護開始)				
在宅障がい者の有無		1 <input checked="" type="radio"/> なし 2 あり (氏名)				
ひとり親世帯等		児童扶養手当 受給中・申請中(年 月 日 申請)				

【本人確認・マイナンバー確認(天城町記入欄)】

確認欄	マイナンバーの記載	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	①マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> マイナンバーが記載された住民票の写し等	<input type="checkbox"/> 無
	②本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 顔写真付きの身分証明書(運転免許証等)	<input type="checkbox"/> その他2種類	<input type="checkbox"/> 無

(第2面)

②祖父母の状況

父方	祖父氏名	〇〇 〇〇	同居・別居	住所 ※同居の場合、記載は不要です。 天城町平土野〇〇〇-〇〇〇
	祖母氏名	〇〇 〇〇	同居・別居	同上
母方	祖父氏名	〇〇 〇〇	同居・別居	住所 ※同居の場合、記載は不要です。 天城町浅間〇〇〇-〇〇〇
	祖母氏名	〇〇 〇〇	同居・別居	同上

③利用を希望する期間及び施設名

利用を希望する期間	令和2年4月1日から 令和3年3月31日	
順位	施設名	希望理由
第1希望	天城保育所	自宅に近いから
第2希望	南部保育所	自宅に近いから
第3希望	北部保育所	自宅に近いから

④保育の利用を必要とする理由等

保育所等において保育の利用を希望する場合に必要とする理由を全て記入してください。

保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(160時間/月) 又は _____ 時間/週) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(120時間/月) 又は _____ 時間/週) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月 曜日 から 土 曜日まで	8 時 00 分 から 17 時 00 分 まで

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、及びその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。
保護者氏名 〇〇 〇〇 印 ㊞

⑥児童の健康状態

健康状態で該当する番号に○をつけてください			
<input checked="" type="radio"/> 1 健康	<input type="radio"/> 2 虚弱	<input type="radio"/> 3 障がいあり	・身障手帳 記号番号 () (級) ・療育手帳 記号番号 () (判定) ・特別児童扶養手当 記号番号() (級)
[障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。なお、児童発達支援施設等を利用している場合は、施設名を記入してください。]			
既往歴(今までにかかった病気を記入してください。)		入院の経験 (病名:) <input checked="" type="radio"/> なし・あり (年齢: 歳 か月)	
食物アレルギー	・なし <input checked="" type="radio"/> ・まだ食べていない ・あり <input type="radio"/> 【牛乳・卵・小麦・そば・大豆 ・その他()】		
気管支喘息	<input checked="" type="radio"/> なし・あり	アトピー性皮膚炎	<input checked="" type="radio"/> なし・あり
アレルギー性結膜炎	<input checked="" type="radio"/> なし・あり	アレルギー性鼻炎	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
常時内服している薬 <input checked="" type="radio"/> なし・あり【具体的に _____】			
その他 ()			

