

保育所等入所補助票（表面） ※太枠の中のみご記入ください。

奥州市長あて

保護者氏名

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日	第 子				
児童の状況	健康状態	☐ 健康 ☐ 通院や治療あり（ 治療中 / 検査中 / 経過観察中 ）						
		病名・症状など：						
		受診・相談機関：						
	健診の 受診状況	健診内容	受診状況		所見があった場合、記載してください			
		3-4か月児健診	☐ 受診済 ☐ 未受診					
		9-10か月児健診	☐ 受診済 ☐ 未受診					
		1歳6か月児健診	☐ 受診済 ☐ 未受診					
		3歳児健診	☐ 受診済 ☐ 未受診					
	予防接種の 状況	種類	接種状況	種類	接種状況			
		ヒブ(インフルエンザB型)	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種	日本脳炎	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種			
		小児肺炎球菌	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種	B C G	☐ 接種済 ☐ 未接種			
		五種、四種または三種混合	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種	水痘	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種			
		麻しん・風しん(MR)	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種	B型肝炎	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種			
		ロタウイルス	☐ 接種済(____回目) ☐ 未接種	その他				
	障がい等	☐ なし ☐ あり（ 視覚・聴覚・言語・肢体・内部・知的発達遅滞等 ）						
手帳等がある場合は該当するものに○をつけてください※確認できるものの写しを添付してください。 （身体障害者手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 / 療育手帳 / 特別児童扶養手当 / その他）								
アレルギー	☐ なし ☐ あり（ 検査済 / 検査中 / 未検査 ）							
	アレルゲン：							
服用中 の薬	☐ なし ☐ あり（ 常用 ）							
	薬の名前：							
	服用理由：							
必要な対応： 1日____回（ 朝・昼・夕 ）								
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか								
☐ なし ☐ あり（ 治癒 / 治療中 / 治療を受けていない ）								
時期：____歳____か月頃から 体温：____.____度で 回数：____回								
その他、園に考慮してほしいこと（必要な場合のみ記入）								
保護者の 状況	氏名		父		母			
	現在の状況 (該当するものにチェック) (※変則の場合は主な時間)	☐ 就労(勤務先：)		☐ 就労(勤務先：)				
		(勤務時間※：____時____分～____時____分)		(勤務時間※：____時____分～____時____分)				
		☐ 疾病・障がい ☐ 求職活動		☐ 疾病・障がい ☐ 求職活動 ☐ 妊娠・出産				
		☐ その他(内容：)		☐ その他(内容：)				
連絡先		携 帯：		携 帯：				
家族の状況	祖父母	続柄	年齢	同居		年齢	同居	
		祖父		☐ 同居 ☐ 別居(市・区 町・村)			☐ 同居 ☐ 別居(市・区 町・村)	
		祖母		☐ 同居 ☐ 別居(市・区 町・村)			☐ 同居 ☐ 別居(市・区 町・村)	
	同居人の 障がい等	☐ なし ☐ あり（該当者名： 続柄： ）						
		手帳等がある場合は該当するものに○をつけてください※確認できるものの写しを添付してください。 （身体障害者手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 / 療育手帳 / 特別児童扶養手当 / 障害年金）						
利用希望	利用希望曜日 (○で囲んでください。)	月 火 水 木 金 土 日※ 祝※ ※日・祝日は「休日保育」を実施している施設のみ対応可能です。						
	利用希望時間	時 分から 時 分まで						
特別保育の希望	☐ 延長保育 ☐ 休日（日・祝日）保育（月 回程度）							

保育所等入所補助票（裏面）
 ※太枠の中のみご記入ください。

保育の状況	☐ 施設入所（利用施設：（ ）） ☐ 一時預かり ☐ 同伴就労 ☐ 自宅で家庭保育
入所できなかった場合	☐ 自宅以外で家庭保育 ☐ その他（ ）
入所できない場合	☐ 入所を取り下げる ☐ 空き待ちをする（対応方法に○をつけてください） ・家庭保育（ ）が保育 ・別居家族に預ける（ ）が保育 ・他の施設に預ける（ 幼稚園等 / 認可外保育所 / 一時預かり ） ・育児休暇を延長（ ____年____月____日まで ） ・その他（ ）
納付方法 （保育料・副食費）	※保育料（公立施設・私立保育所）および副食費（公立保育所・公立認定こども園（2号認定））は原則口座振替となります。兄弟が保育所等に在園中の場合は、次のいずれかを選択してください。 ☐ 兄弟と同じ口座を希望 → 金融機関での手続きは不要です ☐ 兄弟と違う口座を希望 → 金融機関にて手続きが必要 ☐ 兄弟が納付書払いなので、弟妹も納付書払いを希望
入所要件の確認 □にチェック	☐ 保育の認定基準について十分理解し申し込みます。 ☐ 提出した就労状況、家庭状況などに偽りはありません。 ☐ 保育所等の入所調整にあたり、市が本票の記入内容を希望施設の保育所等に提供することに同意します。

＊市町村記載欄（ここから下は記入しないでください。）

	父		母	
基本点数 （父母の低い方の点数採用）	就労・就学	5・6・7・8・9	就労・就学	5・6・7・8・9
	疾病・障がい	3・5・6・7・8・9・10	妊娠・出産	9
	介護・看護	6・8・10	疾病・障がい	3・5・6・7・8・9・10
	災害復旧	10	介護・看護	6・8・10
	求職活動	3	災害復旧	10
	虐待・DV等	10	求職活動	3
	育児休業取得中の継続在園	7	虐待・DV等	10
	その他	3・4・5・6・7・8・9・10	育児休業取得中の継続在園	7
			その他	3・4・5・6・7・8・9・10

優先保育の基準	母子家庭、準母子家庭、父子家庭及び準父子家庭並びに父母のない児童が属する世帯	+6	既にきょうだいと同じ保育所等を利用している場合	+6
	里親に委託されている児童が申込みする場合	+6	きょうだいと同時に同じ保育所等に申込みする場合	+3
	生活保護法による被保護世帯で就労によって自立支援につながる場合	+6	小規模保育事業、事業所内保育事業などで保育を受けていた場合	+6
	その保護者が速やかに就労するために必要と認められる場合	+6	奥州市内の認可施設に勤務する保育士、保育教諭等の子ども	+9
	虐待やDVなど社会的養護が必要な場合	+10	奥州市外の認可施設に勤務する保育士、保育教諭等の子ども	+6
	子どもが障がいを有する場合	+6	その他優先保育を行う必要があると市長が認める場合	(+3～+10)
	1歳以降まで育児休業を取得後、復職時に申込みする場合	+3		
減点の基準	65歳未満の祖父母と同居し保育が可能な場合	-1	他市町村からの受託児童（転入予定者を除く）	-2
	保育料の滞納があり、納付誓約がない又は誓約を履行しない場合	-6		

総合点数	
------	--

特記事項	受付印
記録（受付）	