

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 奥州 市郎

|                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 児 童 氏 名                                                                                                                                                                     |                                                                                          | 奥州 翔平                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | 生年月日                                                                                                             | R 2 年 5 月 1 0 日   | 第 3 子                                                                              |
| 児童の状況                                                                                                                                                                       | 健康状態                                                                                     | <input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 通院や治療あり（ 治療中 / <u>検査中</u> / 経過観察中 ）                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 病名・症状など： 難聴（右耳のみ）<br>受診・相談機関： ○○病院                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             | 健診の<br>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                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診                                                         |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 9-10か月児健診                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診                                                         |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 1歳6か月児健診                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診                                                         |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 3歳児健診                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診                                                         |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             | 予防接種の<br>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）                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>4</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種                                           |                                                                                                                  | 日本脳炎              | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>1</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種 |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 小児肺炎球菌                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>4</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種                                           |                                                                                                                  | B C G             | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種               |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 五種、四種または三種混合                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>4</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種                                           |                                                                                                                  | 水痘                | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>2</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種 |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 麻しん・風しん（MR）                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>1</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種                                           |                                                                                                                  | B型肝炎              | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>3</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種 |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | ロタウイルス                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 接種済（ <u>2</u> 回目） <input type="checkbox"/> 未接種                                           |                                                                                                                  | その他               | おたふくかぜ（1回）                                                                         |
|                                                                                                                                                                             | 障がい等                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 視覚・聴覚・言語・肢体・内部・知的発達遅滞等 ）<br>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。<br>（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                                                                                                                                                                       |                                                                                          | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <u>検査済</u> / 検査中 / 未検査 ）<br>アレルゲン：牛乳、小麦<br>必要な対応：普段は完全除去しているので、施設でも同様の対応をお願いします。                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 服用中<br>の薬                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 常用 ）<br>薬の名前：<br>服用理由：<br>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<br><input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 治癒 / 治療中 / 治療を受けていない ）<br>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）<br>まだ検査中ですが右耳が聞こえづらいので、左側から話しかけていただきたいです。                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
| 保護者の<br>状況                                                                                                                                                                  | 氏名                                                                                       | 父 奥州 市郎                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              | 母 奥州 花子                                                                                                          |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             | 現在の状況<br>（該当するものにチェック）<br>（※変則の場合は主な時間）                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 就労（勤務先：（株）△△商事）<br>（勤務時間※： <u>7</u> 時 <u>30</u> 分～ <u>18</u> 時 <u>00</u> 分）                                                                                      |                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 就労（勤務先：○○銀行××支店）<br>（勤務時間※： <u>9</u> 時 <u>00</u> 分～ <u>17</u> 時 <u>30</u> 分） |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動                                                                                                                                        |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産                     |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | <input type="checkbox"/> その他（内容： ）                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> その他（内容： ）                                                                               |                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                             | 連絡先                                                                                      | 携 帯：080-△△△△-○○○○                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | 携 帯：090-××××-□□□□                                                                                                |                   |                                                                                    |
| 家族の状況                                                                                                                                                                       | 祖父母                                                                                      | 続柄                                                                                                                                                                                                   | 年齢                                                                                                                           | 同居                                                                                                               | 年齢                | 同居                                                                                 |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 祖父                                                                                                                                                                                                   | 65                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（奥州 <u>市・区</u> ）                               | 64                | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（一関 <u>市・区</u> ） |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                          | 祖母                                                                                                                                                                                                   | 62                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（奥州 <u>市・区</u> ）                               | 63                | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（一関 <u>市・区</u> ） |
|                                                                                                                                                                             | 同居人の<br>障がい等                                                                             | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（該当者名：奥州 冬子    続柄：祖母）<br>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。<br><u>（身体障害者手帳）</u> / 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<br>（○で囲んでください。）                                                                   | （月）（火）（水）（木）（金）土 日※ 祝※<br>※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                                                                                   | 8 時 30分から 18 時 00分まで                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                  |                   |                                                                                    |
| 特別保育の希望                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 延長保育 <input type="checkbox"/> 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                                     | <input type="checkbox"/> 施設入所（利用施設：（ ）） <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 同伴就労 <input type="checkbox"/> 自宅で家庭保育<br><input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外で家庭保育 <input type="checkbox"/> その他（（ ））                                      |
| 入所できなかった場合                                | <input type="checkbox"/> 入所を取り下げる<br><input checked="" type="checkbox"/> 空き待ちをする（対応方法に○をつけてください）<br>・家庭保育（（ ））が保育<br>・別居家族に預ける（（ ））が保育<br>・他の施設に預ける（幼稚園等 / 認可外保育所 / 一時預かり）<br><input checked="" type="radio"/> 育児休暇を延長（R7年7月31日まで）<br>・その他（（ ））               |
| 納付方法<br><small>（保育料・副食費）</small>          | ※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。<br><input type="checkbox"/> 兄弟と同じ口座を希望 → 金融機関での手続きは不要です<br><input type="checkbox"/> 兄弟と違う口座を希望 → 金融機関にて手続きが必要です<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> にチェック | <input checked="" type="checkbox"/> 保育の認定基準について十分理解し申し込みます。<br><input checked="" type="checkbox"/> 提出した就労状況、家庭状況などに偽りはありません。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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<br><small>（父母の低い方の点数採用）</small> | 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い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） |     |