

大和高田市長 宛

保護者（申請者）住所

氏名

児童ホーム利用申請書

児童ホームの利用について、次のとおり申請します。

保護者	ふりがな		電話	
	氏名			
	住所	〒 ー 大和高田市		

利用児童	ふりがな		続柄		性別	
	氏名		昨年度 利用歴の有無		有 ・ 無	
	生年月日	年 月 日	小学校名	小学校 年		
	健康状態	特別支援学級の在籍		有 ・ 無		
療育手帳又は身体障害者手帳 交付の有無		有 ・ 無				

利用希望する理由	
----------	--

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
--------	-------------------

延長保育（午後6時から7時までの保育）の利用希望	<input type="checkbox"/> 延長保育を利用しない <input type="checkbox"/> 延長保育を利用する
--------------------------	---

備考	
----	--

家庭の状況（利用児童の世帯員）

氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学校名等
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	

生活保護の適用	有 ・ 無 （ 年 月 日開始）
---------	------------------

緊急連絡先	氏名又は名称		続柄		電話	
	氏名又は名称		続柄		電話	

大和高田市長 宛

記入例

申請時に大和高田市にお住まいでない方や、引っ越し予定の方は、申請書提出時に窓口でお申し出ください

住所 大和高田市大字大中100-1  
氏名 高田 太郎

児童ホーム利用申請書

児童ホームの利用について、次のとおり申請します。

保護者	ふりがな	たかだ たろう	電話	0745-22-1101
	氏名	高田 太郎		
	住所	〒635-8511 大和高田市 大字大中100-1		

申請時にホーム利用者は有に丸を

利用児童	ふりがな	たかだ いちろう	続柄	子	性別	男
	氏名	高田 一郎	昨年度 利用歴の有無	有 ・ 無		
	生年月日	H27年12月1日	小学校名	高田 小学校	1年	
	健康状態	(例) 良好 (例) アレルギーがある等	特別支援学級の在籍	有 ・ 無		

療育手帳又は身体障害者手帳  
交付の有無 有 ・ 無

利用希望する理由	(例) 放課後、家庭で保育できないため (例) 両親の就労および祖父母が高齢のため	該当する方は丸で囲んでください
----------	--	-----------------

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
--------	-------------------

延長保育（午後6時から7時までの保育）の利用希望	<input type="checkbox"/> 延長保育を利用しない <input type="checkbox"/> 延長保育を利用する
--------------------------	---

備考	
----	--

家庭の状況（利用児童の世帯員）

氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学校名等
高田 太郎	父	H1 年 12 月 24 日	歳	
高田 花子	母	年 月 日	歳	
高田 二郎	弟	年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	

生活保護の適用	有 ・ 無 ( 年 月 日開始)
---------	------------------

緊急連絡先	氏名又は名称		続柄		電話	
	氏名又は名称		続柄		電話	

3 保護者 記入欄	小学校名	学年	子どもの氏名	性別	子どもの生年月日
	小学校	年		男・女	H・R 年 月 日
		年		男・女	H・R 年 月 日
		年		男・女	H・R 年 月 日

※入所する年度時点での学年を記入してください。

【注意】 記載の内容が適正であるか事業主に確認する場合があります。

### 保 育 理 由 証 明 書 (就労及び内定証明書) 【A】

↓ 保護者 がご記入ください。 □には、レを記入してください。

就 労 者 の 氏 名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------	--	---------	---

↓ 事業主 がご記入ください。 □には、レを記入してください。 ※訂正は事業主の訂正印によること。

勤 務 先 名			
勤 務 先 所 在 地		勤務先TEL	市外局番 ( )
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 常 雇 (正規雇用) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派 遣 <input type="checkbox"/> その他 ( )	職 種	
勤 務 時 間 (休憩時間を含み、残業時間は除く。育児休業による時短勤務の場合はその時間を記入)	月～金曜日	時 分～ 時 分 (1日: 時間 分)	週 日/5日 (または月 日) ※平均勤務日数
	土曜日	時 分～ 時 分 (1日: 時間 分)	週 日/1日 (または月 日) ※平均勤務日数
	日曜日	時 分～ 時 分 (1日: 時間 分)	週 日/1日 (または月 日) ※平均勤務日数
そ の 他 勤 務 形 態 (上記「勤務時間」欄で表せない勤務形態の場合)	(「勤務時間」欄に時短勤務の時間を記入している場合、時短勤務でない場合の勤務時間を記載してください)		
育 児 休 業 の 期 間 (産休期間を含む)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 育児休業終了により復帰する場合は、復帰後再度保育理由証明書【A】の提出が必要です。 )		
契 約 の 期 間	※ 上記 勤務形態で“常 雇(正規雇用)”の場合は記入不要です。 <input type="checkbox"/> 契約期間の定めなし <input type="checkbox"/> 契約期間の定めあり { 契約期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 更新の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
就 労 予 定 年 月 日 (内 定 の 場 合 等)	※ 雇用等を予定している年月日 令和 年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明します。また市からの就労状況調査に協力します。

令和 年 月 日

所 在 地

事 業 所 名

代 表 者 名

印

電 話 番 号

※就労の実態がない又は就労の予定がないに関わらず証明されますと、文書偽造になります。

保護者 記入欄	3	小学校名	学年	子どもの氏名	性別	子どもの生年月日
	小学校		年		男・女	H・R 年 月 日
			年		男・女	H・R 年 月 日
		年		男・女	H・R 年 月 日	

※入所する年度時点での学年を記入してください。

【注意】記載の内容が適正であるか事業主に確認する場合があります。

保育理由証明書（自営業申告書） **[B]**

経営者氏名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
事業所所在地	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 住所地以外（住所地より約 分）					
経営者勤務時間	時 分 ～ 時 分 1日： 時間 分 / 週平均勤務日数(週 日)		法人の場合は社印  個人事業者は通常 取引に使用する 個人印を押印して ください。		印	
社名・店名等						
自営業の内容 (具体的に)						
専従者(家族内協力者) 氏名 子どもとの続柄 従事時間 週の平均従事日数	(家族内協力者 氏名)	子どもとの続柄	従事時間	時 分 ～ 時 分	週平均従事日数 日	
	(家族内協力者 氏名)	子どもとの続柄	従事時間	時 分 ～ 時 分	週平均従事日数 日	
	(家族内協力者 氏名)	子どもとの続柄	従事時間	時 分 ～ 時 分	週平均従事日数 日	
上記のとおり、就労していることを申告します。 令和 年 月 日 経営者氏名 _____ 印 _____						

※ 記載の内容が適正であるか発注者に確認する場合があります。

保育理由証明書（内職従事【予定】証明書） **[C]**

↓ 保護者 がご記入ください。□には、レを記入してください。						
従事者氏名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
内職に従事する 時間・週平均従事日数	時 分 ～ 時 分 (1日 時間 分) (週平均 日)					
(従事者の申告欄)	上記のとおり、内職に <input type="checkbox"/> 従事していることを <input type="checkbox"/> 従事予定であることを 申告します。 令和 年 月 日 従事者氏名 _____ 印 _____					
↓ 発注者 がご記入ください。□には、レを記入してください。※訂正は発注者の訂正印によること。						
仕事の種類・内容 (具体的に)						
発注の現状及び予定	<input type="checkbox"/> 現在、発注している → 令和 年 月 日 より 今後の発注予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> 発注予定である → 令和 年 月 日 より 今後の発注予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
上記のとおり相違ないことを証明します。また市からの就労状況調査に協力します。 令和 年 月 日 発注者所在地 _____ 会社名 _____ 代表者名 _____ 印 _____ 電話番号 _____						

※就労の実態がない又は就労の予定がないにも関わらず証明されますと、文書偽造になります。

3 保護者 記入欄	小学校名	学年	子どもの氏名	性別	子どもの生年月日
	小学校	年		男・女	H・R 年 月 日
		年		男・女	H・R 年 月 日
	年		男・女	H・R 年 月 日	

※入所する年度時点での学年を記入してください。

【注意】記載の内容が適正であるか医療機関に確認する場合があります。

### 保育理由証明書（傷病・心身障害・出産証明書） **[D]**

**↓ 保護者 がご記入ください。口には、レを記入してください。**

傷病・出産者の氏名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保育できない期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	(出産の場合は、出産月の前2ヶ月~ 出産月の後2ヶ月)	
障害による手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳
“有”にチェックの方は、該当する手帳のコピーを別途提出してください。			
<b>↓ 主治医 がご記入ください。口には、レを記入してください。※訂正は主治医の訂正印によること。</b>			
傷病名等			
病状等 ※いずれか1つを選択	<input type="checkbox"/> 入院又は常に病臥 <input type="checkbox"/> 通院治療し、常に安静を要する <input type="checkbox"/> 左記を除き、療養のため保育困難		
出産日(予定)	令和 年 月 日		
入院・療養等の(見込)期間	入院	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	療養	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
通院等の頻度	月 回 ・ 週 回		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日			
医療機関 所在地 _____			
医療機関 名称 _____			
主治医 名 _____ 印 _____			
電話番号 _____			

※ 記載の内容が適正であるか就学先に確認する場合があります。

### 保育理由証明書（就学証明書） **[E]**

**↓ 保護者 がご記入ください。口には、レを記入してください。**

就学する者の氏名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>↓ 就学先(学校等) がご記入ください。※訂正は就学先の訂正印によること。</b>			
学校等の名称		学業(受講)内容	
学校等の所在地		就学先 TEL	市外局番 ( )
在学期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
就学時間	時 分 ~ 時 分 (1日 時間 分) (週平均 日 / 7 日)		
上記のとおり相違ないことを証明します。また市からの就学状況調査に協力します。			
令和 年 月 日			
所在地 _____			
学校等の名称 _____			
代表者 名 _____ 印 _____			
電話番号 _____			

3 保護者 記入欄	小学校名	学年	子どもの氏名	性別	子どもの生年月日
	小学校	年		男・女	H・R 年 月 日
		年		男・女	H・R 年 月 日
年			男・女	H・R 年 月 日	

※入所する年度時点での学年を記入してください。

【注意】 記載の内容が適正であるか、各記入者に確認する必要があります。

### 保育理由証明書 (看護【介護】証明書) **(F)**

<b>① 看護(介護)をしている人がご記入ください。 □には、レを記入してください。</b>						
看護(介護)者の氏名		子どもとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
保育できない期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
看護(介護)を要する時間	平日	時 分 ~ 時 分 (1日 : 時間 分)	土曜日	時 分 ~ 時 分 (1日 : 時間 分)(月 回)		
	週平均看護(介護)日数 (週 日 / 7 日)					
その他特記事項						
<b>② 看護(介護)を受けている人(本人の記入が困難な場合、上記①の看護(介護)者)がご記入ください。</b>						
看護(介護)を受けている者の氏名		看護(介護)者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
住所			電話番号			
看護(介護)を受けている者の状況 ※該当する欄を記入	障害	<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 <b>※該当する手帳のコピーを別途提出してください。</b>				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <b>※該当する介護保険証のコピーを別途提出してください。</b>				
	傷病等	<b>↓主治医 がご記入ください。</b>				
		傷病名等				
		病状等 <small>※いずれか1つを選択</small>	<input type="checkbox"/> 入院又は常に病臥 <input type="checkbox"/> 通院治療し、常に安静を要する <input type="checkbox"/> 上記を除き、看護(介護)を伴う療養が必要			
		(見込)期間	入院・療養等の	入院 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
			療養	療養 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
通院等の頻度	月 回 ・ 週 回					
上記被看護(介護)者の傷病等について、本欄記載のとおりであることを証明します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <hr/> 医療機関所在地 _____ 医療機関名称 _____ 電話番号 _____ 主治医名 _____ 印 _____						
<b>↓看護(介護)のため、①の人が子どもを保育できないことを証明できる人が記入してください。</b>						
上記①の者につき、上記②の者の看護(介護)のため保育ができないことを(証明・申立)します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <hr/> ①の者との関係 _____ 所在地・住所 _____ 機関等名称 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 印 _____						

# 入所に関する承諾書

大和高田市長 宛

- 1 安全・安心な保育のため、児童の出欠について児童ホームへの連絡を徹底する等、指導員との連携・協力を努めます。
- 2 児童が備品等を破損した時は、その費用を保護者が負担します。
- 3 児童ホーム利用時（児童ホームへの行き帰りも含む）のケガ等については、加入する傷害保険により補償される範囲を限度とすることに異存ありません。
- 4 児童ホーム保育料を遅滞なく納めます。
- 5 閉所時間（午後6時。ただし、延長保育の利用者は午後7時）を厳守します。
- 6 緊急の連絡に応じられるよう努めます。
- 7 次に該当する場合、退所の指示に従います。
  - ・3か月以上、継続して児童ホームを休所するとき
  - ・児童及び保護者が、児童ホームの管理運営に支障をきたしたとき
  - ・その他、当該児童を児童ホームで保育することが困難であるとき

入所決定後は、以上の全ての項目を承諾したうえで、児童ホームを利用します。

令和 年 月 日

住 所

児 童  
名

保 護  
者

印

## 帰宅方法に関する承諾書

大和高田市長 宛

児童ホームに入所するにあたり、保護者が児童を迎えに行くとの定めがありますが、当方の都合により迎えに行くことができない日があります。その場合には、保護者の迎えなしに児童ホームから児童を帰宅※させることを承諾します。

(※児童個人での帰宅及び保護者以外(祖父母や兄弟等)の迎えによる帰宅等)

なお、児童個人での帰宅中にケガ以外の事態が生じた場合は、当方で責任をもって対応いたします。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

児童名 \_\_\_\_\_

ホーム名 \_\_\_\_\_ 児童ホーム 学年 \_\_\_\_\_ 年

保護者 \_\_\_\_\_ 印

入所年度 \_\_\_\_\_ 令和3年度