

教育認定（1号）用

市受付印

令和7年度 教育・保育給付認定（施設型給付費）申請書
及び 徳島市立認定こども園利用申込書

徳島市長 宛

次のとおり、施設型給付費に係る教育・保育給付認定（教育標準時間認定）を申請します。
なお、徳島市が施設型給付費等の教育・保育給付認定、利用者負担額、副食費徴収免除及び補足給付事業に必要な市区町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧・調査すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。

徳島市長 宛

次のとおり、徳島市立認定こども園の利用申込をします。

令和 年 月 日

申請児童	フリガナ		性別	生 年 月 日	R7.4.1現在年齢
	氏名			年 月 日	歳
保 護 者	フリガナ		連絡先 (TEL)	① 続柄 []	
	氏名			② 続柄 []	
				③ 続柄 []	
	住所	〒			
	令和6年1月1日の住所	父	<input type="checkbox"/> 徳島市内 <input type="checkbox"/> 徳島市外	住所： []	
		母	<input type="checkbox"/> 徳島市内 <input type="checkbox"/> 徳島市外	住所： []	
	令和7年1月1日の住所	父	<input type="checkbox"/> 徳島市内 <input type="checkbox"/> 徳島市外	住所： []	
		母	<input type="checkbox"/> 徳島市内 <input type="checkbox"/> 徳島市外	住所： []	
申請児童の状況	アレルギーの有無	有 ・ 無		障害・持病等の有無	有 ・ 無
申請世帯の状況	ひとり親世帯の該当	有 ・ 無		生活保護の受給	有 ・ 無

① 世帯の状況 ※ 申請児童を除く 同一敷地内の全員（世帯別でも）を記入、申請児童の父母・兄弟は別居の場合でも記入

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校・保育所等	備 考
				R7.4.1現在	
1		年 月 日	歳		
2		年 月 日	歳		
3		年 月 日	歳		
4		年 月 日	歳		
5		年 月 日	歳		

② 利用希望する期間・施設等

利用希望期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 末日まで
利用希望施設	徳島市立 認定こども園
他の施設との併願の有無	<input type="checkbox"/> 有 [施設名：] <input type="checkbox"/> 無

<ご注意ください>

- 市立認定こども園の幼稚園部分（1号認定）と、同施設の保育所部分（2号認定）・他の認可保育施設（2号認定）・市立幼稚園との併願はできません。
- 本書による申込後に、併願している他施設を利用することが決定した場合は、申込した市立認定こども園 及び 子ども保育課（電話：621-5193）へ必ずご連絡ください。

以下は、徳島市記入欄のため、記入しないでください

■受付・入力処理チェック

受付	システム		申請書情報		
	入力	入力確認	年度	保育所等コード・施設名	受付番号
			R7		

③ 児童の健康状況等について

児童の健康状態等	出産時～現在の体重	出生体重	g	妊娠期間	週	現在の体重	g・kg	
	発育状況	1歳6カ月健診は受けていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		「はい」と回答した場合	健診時に医師・保健師からの指導・指摘があった場合は、その内容を記入してください。					
		「いいえ」と回答した場合	なぜ受診していないのか理由を記入してください。					
		3歳健診は受けていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		「はい」と回答した場合	健診時に医師・保健師からの指導・指摘があった場合は、その内容を記入してください。					
		「いいえ」と回答した場合	なぜ受診していないのか理由を記入してください。					
	視力について 気になることは ありませんか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次のうち該当するものにチェックしてください]				
		<input type="checkbox"/> 物を見るときに目を細めたり、極端に目を近づけて見ようとする <input type="checkbox"/> 横目で見たり、上目遣いで見ようとする。 <input type="checkbox"/> 眼鏡が必要 (<input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他 []) <input type="checkbox"/> その他 []						
	耳の聞こえが 悪いのではないかと 気になったことは ありませんか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次のうち該当するものにチェックしてください]				
<input type="checkbox"/> 後ろから呼んでも振り向かない <input type="checkbox"/> 言葉の遅れを感じる <input type="checkbox"/> 言葉や理解で気になる点がある <input type="checkbox"/> その他 []								
けいれんを おこしたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次のうち該当するものにチェックしてください]					
	回数	回	一番最近の発生年月	年	月	けいれん時の体温	℃	
アレルギー原因となる 食物はありますか？	申請書に「アレルギー有」と記入した人は、必ず右の項目を記入・チェックしてください		アレルギーの原因となる食物			アナフィラキシーをおこしたことはありますか？		
	薬の服用はありますか？		薬の服用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		薬の服用ありの場合	エピペン・内服薬の種類 []	
通院・入院歴は ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次を記入してください]					
	いつ頃	歳	か月	病名				
	手術歴	歳	か月	手術名				
	病院名							
現在治療中の病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次を記入してください]					
	病名							
	手術歴							
	薬の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		薬の服用ありの場合	薬の種類 []			
児童の発育状況・健康状態に関し、集団生活の際に気をつけることや、その他施設等に伝えたいことがあれば記入してください。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		[※ ありの場合は、次を記入してください]					

以下は、徳島市記入欄のため、記入しないでください

記 録 内 容	応答者	父・母・祖父・祖母 (父方・母方) その他 ()				
	面接員	面接日	令和	年	月	日