

第1号様式（第6条関係）

郡山市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用登録申込書

年 月 日

郡山市長

乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用登録について、次のとおり申し込みします。

※内容が申込者（保護者）と同じ場合は、「☐ 申込者（保護者）と同じ」に ☒ を付けてください

申込者 (保護者)	住所			
	氏名		主な送迎者	☐ 申込者(保護者)と同じ
	児童との続柄		児童との同居	☐ 同居 ☐ 別居
	電話番号		勤務先	
	申込者の属性 ※属性が複数該当する場合は、 主な属性に記入	☐ 専業主婦(夫)がおられるご家庭 ☐ 短時間就労もしくは不定期的に就労しているご家庭 ☐ 育児休業取得中のご家庭 ☐ その他()		
利用児童	住所	☐ 申込者(保護者)と同じ		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	☐ 西暦 ☐ 令和	年 月 日 (歳 か月)	
緊急連絡先① ☐ 申込者(保護者)と同じ	氏名		連絡先①	
	児童との続柄		連絡先②	
緊急連絡先② ☐ 申込者(保護者)と同じ	氏名		連絡先①	
	児童との続柄		連絡先②	
確認事項① 該当する項目に ☒ してください	認可保育所、幼稚園、認定こども園、小規模保育事業所、事業所内保育事業所及び企業主導型保育施設への入所状況(これらの施設に入所している場合、この制度は利用できません) ☐ 入所していません ☐ 入所申請中です(年 月 日から利用希望) ☐ 入所申請中ですが、現在保留中です ☐ 入所が内定・決定しています(入所(予定)日 年 月 日)			

※次ページにも記入欄があります

※次の確認事項も記入願います

確認事項② 該当する項目に ☒してください	障がい等の 状況	☐ 利用児童は特別児童扶養手当の支給対象となっている ☐ 利用児童は身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている ☐ 利用児童は障害児通所支援事業所への通所受給者証の交付を受けている ☐ 利用児童は医師による診断書又は巡回支援専門員等障害に関する専門的知見を有する者による意見書等により障害の事実が把握できる ※上記内容が確認できる次の資料の写しを添付願います ・特別児童扶養手当受給者証 ・障がい者手帳、療育手帳等 ・通所受給者証等 ・医師の診断書や意見書等
	利用料 免除要件	下記の理由により、利用料の減免を申請します。 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 また、利用料について減免を受けた金額を市が施設に支払うことに同意します

◎個人情報及び税情報の取扱いの同意について

郡山市長

利用登録の申し込みに際し、下記１～２の情報を市長が公簿等により収集し、確認すること、また、こどもの状況を把握し、安全に保育を受けさせる目的のため、この登録申込書及び面接票に記入した情報を利用希望施設に提供することについて同意します。

- 1 申込者が属する世帯の状況（世帯に属する者の住所、氏名、続柄、特別児童扶養手当の受給に関する情報、生活保護の受給に関する情報、市民税に関する情報、）
- 2 利用児童に関する情報（住所、氏名、性別、生年月日、入所状況、障がい等に関する情報）

同意欄 申込者（保護者氏名）

※市民税非課税世帯による減免を受けようとする方で、令和7年1月1日以降に他市町村から転入された方等、郡山市において公簿による課税状況が確認できない場合は、所得証明書等（または非課税証明書）を提出いただく必要があります。

【市処理欄】※申込者は記入不要

登録要件確認	入所 要件	☐ 未就園 ☐ 選考中 ☐ 保留 ☐ 入所決定 ☐ 入所中	住所 要件	☐ 市内 ☐ 市外	年齢 要件	☐ 6 か月～3 歳未満 ☐ 3 歳以上
登録の可否	☐ 登 録（認定番号： ） ☐ 対象外（理由： ）					
減免額	☐ 減免なし ☐ 300 円（生活保護世帯） ・市民税非課税世帯 ☐ 240 円（４～８月 R ６年度非課税） ☐ 240 円（９～３月 R ７年度非課税）					
補助額加算	☐ 該当 （ ☐ 確認資料あり ） ☐ 非該当					
確認者	保育認定		保育料		事業支援	

児童名	記入日	年	月	日
①今まで病気で入院したり大きな怪我をしたことがありますか		☐ はい	☐ いいえ	
病気・怪我の内容等：				
②今までひきつけを起こしたことがありますか		☐ はい	☐ いいえ	
「はい」の場合（時期：		、当時の体温：		
③今まで脱臼をしたことがありますか		☐ はい	☐ いいえ	
「はい」の場合（脱臼の箇所：				
現在、治療中の病気や怪我はありますか		☐ はい	☐ いいえ	
病気・怪我の内容等：				
常用している薬はありますか		☐ ある	☐ ない	
種類・服用時間等：				
食べ物のアレルギーはありますか		☐ ある	☐ ない	
品目：				
程度（例：加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。）：				
医師からの指導内容：				
食べ物以外のアレルギーはありますか		☐ ある	☐ ない	
原因：				
医師からの指導内容：				
かかりつけ医はいますか		☐ いる	☐ いない	
医療機関名：				
連絡先： — —				
予防接種の状況　すでに接種済みのものに○を付けてください				
BCG ・ 四種混合（1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加）				
麻疹（はしか） ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・ 水痘（みずぼうそう）				
風疹（三日ばしか） ・ 日本脳炎（1回 ・ 2回 ・ 追加）				
その他（ ）				
出生について				
在胎週数（ ）週）		体重（ ）g）		身長（ ）cm）

これまで一時預かりなどで託児経験はありますか		☐ ある	☐ ない
生活リズム			
起床時間：	時	分	
午前睡眠：	時	分	～ 時 分（ 時間 分）
食事時間：	時	分	～ 時 分（ 時間 分）
午後睡眠：	時	分	～ 時 分（ 時間 分）
寝かしつけ方：			
発達の状況 該当するものに ☒ を付けてください			
言葉について	☐ 喃語（なんご）	☐ 簡単な会話ができる	☐ 普通に会話ができる
対人について	☐ 人見知りしない	☐ 人見知りする	
お友だちと	☐ 一緒にあそぶのが好き	☐ 大人数は慣れていない	
	☐ 手が出ることもある	☐ 噛むことがある	
	☐ 大声を出すことがある		
食事の状況 該当するものに ☒ を付けてください			
離乳前の場合			
☐ 母乳	☐ ミルク	☐ 混合	
吐乳			
☐ 吐きやすい	☐ ゲップがでにくい		
離乳後の場合			
☐ 普通食	☐ 離乳食		
食べ方			
☐ 要介助	☐ 自分で食べることができるが一部介助		
☐ 自分で食べることができる（ ☐ 手づかみ ☐ フォーク ☐ スプーン ☐ 箸（右・左））			
その他留意点			
☐ 食べムラがある	☐ 食べるのが遅め	☐ その他（	）
排泄の状況 該当するものに ☒ を付けてください			
オムツ／パンツ：	☐ オムツ着用	☐ トレーニング中	☐ パンツ着用
トイレ（尿）：	☐ トイレでできない	☐ トレーニング中	☐ ひとりでできる
トイレ（便）：	☐ トイレでできない	☐ トレーニング中	☐ ひとりでできる
尿意・便意	☐ おしえる	☐ おしえない	
好きなあそびや好きな玩具			
その他、預かりの中で注意してもらいたいこと、心配なこと等があれば記入してください			