

令和8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		R8. 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7年1月1日の住所	父	☐ 徳島市内	☐ 徳島市外	住所： []		
母			☐ 徳島市内	☐ 徳島市外	住所： []			
令和8年1月1日の住所		父	☐ 徳島市内	☐ 徳島市外	住所： []			
	母	☐ 徳島市内	☐ 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
					R8. 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 ☐ 小学校就学前まで ☐ 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	☐ 有 [施設名：] ☐ 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
			R8		

③ 児童の健康状況等について

児 童 の 健 康 状 態 等	出生時～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？			☐ はい ☐ 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？			☐ はい ☐ 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 ありますか？	☐ なし ☐ 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]					
	☐ 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 ☐ 横目で見たり、上目遣いで見ようとする。 ☐ 眼鏡が必要 (☐ 遠視 ☐ 弱視 ☐ その他 []) ☐ 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 ありますか？	☐ なし ☐ 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]					
	☐ 後ろから呼んでも振り向かない ☐ 言葉の遅れを感じる ☐ 言葉や理解で気になる点がある ☐ その他 []							
けいれんを おこしたことは ありますか？	☐ なし ☐ 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	一番最近の発生日年	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？ ☐ なし ☐ あり					
薬の服用はありますか？	薬の服用の有無		☐ なし ☐ あり		薬の服用ありの場合		エピペン ・ 内服薬 薬の種類 []	
通院・入院歴は ありますか？	☐ なし ☐ あり		[※ ありの場合は、次を記入してください]					
	いつ頃	歳	ヵ月	病 名				
	手術歴	歳	ヵ月	手術名				
	病院名							
	現 況	☐ 経過観察中 ☐ 通院中（週・月に [] 日程度、病院名 []） ☐ 完治している						
現在治療中の病気は ありますか？	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ 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。	☐ なし ☐ 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