

認定こども園等入所申込児童質問票

お子さんについて、当てはまる事項に○または✓をしてください。該当する個所について漏れがないように記入してください。出産予定の方は「児童名」の姓のみと生年月日欄に出産予定日を記入してください。

児童名	八尾 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 ●年 ●月 ●日生
-----	-------	--------------------------------------	--

発育の状況についてお答えください

出産の状況	・正常 <input checked="" type="radio"/> その他(帝王切開・仮死状態・早産_____週で出産)
出産時の状態	体重(3000)g 身長(45)cm
先天性の疾患はありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ・はい(病名:) (かかりつけ医:)
発達の状況	首すわり(3)か月 寝返り(5)か月 お座り(7)か月 はいはい(8)か月 指さし(18)か月 一人歩き(12)か月
今までに大きな病気にかかったことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ・はい(病名:) (発症: 歳 か月 経過観察中・完治)
現在治療中の病気はありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ・はい(病名:) (発症: 歳 か月 医療機関:)
てんかんやけいれんを起こしたことがありますか	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい(時期 1 歳 8 か月 原因: 高熱のため)
ぜんそくの診断を受けたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ・はい
アレルギー体質ですか	いいえ <input checked="" type="radio"/> はい(アトピー: なし <input checked="" type="radio"/> あり) 原因物質: ハウスダスト 原因食品: 卵、小麦 除去食対応: 不要 <input checked="" type="radio"/> 必要 アナフィラキシー: 無 <input checked="" type="radio"/> 有 処方薬: 無 <input checked="" type="radio"/> 有(エピペン)

当てはまる事項に✓してください

目について、気になることはありませんか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左) <input checked="" type="checkbox"/> 目線が合いにくい <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他()
耳について、気になることはありませんか	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器をつけている <input type="checkbox"/> その他()
運動について、気になることはありませんか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 動きがぎこちない <input type="checkbox"/> 手先が不器用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(転びやすい)
行動について、気になることはありませんか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 特定のことにこだわる <input type="checkbox"/> かんしゃくを起こす <input checked="" type="checkbox"/> その他(興奮すると暴れる)
言葉について、現在の様子を教えてください	<input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 単語(初語: 年月) <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 簡単な指示がわかる <input type="checkbox"/> 会話ができる <input checked="" type="checkbox"/> 遅れがあるように感じる <input type="checkbox"/> その他()
排泄について、現在の様子を教えてください	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input checked="" type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> その他()
食事について、現在の様子を教えてください	<input type="checkbox"/> 母乳またはミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳食へ移行 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 偏食が極端に多い <input type="checkbox"/> 食べむらが極端にある <input type="checkbox"/> その他()
睡眠について、現在の様子を教えてください	<input checked="" type="checkbox"/> 十分睡眠できている <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> あまり寝ない <input type="checkbox"/> その他()

(裏面もあります)

健診について	
定期健診の状況	4か月・ 受診済 ・未受診 1才半・ 受診済 ・未受診 3才半・ 受診済 ・未受診
定期健診で発達や言葉の遅れがあると言われましたか	いいえ・ はい はいの場合：4か月・ 1才半 ・3才半 健診の時 その他病院等(施設名：) 内容： 言葉の発達の遅れ
以下の施設を利用したことがありますか	
八尾市保健センター(発達相談)	無・ 有 (時期や内容： 1才半検診後に、相談に行った)
八尾市保健所	無 ・有(時期や内容：)
こども総合支援課こども相談係「みらい」	無 ・有(時期や内容：)
福祉型児童発達支援センター しょうとく園	無 ・有(時期や内容：)
医療型児童発達支援センター いちよう	無 ・有(時期や内容：)
東大阪子ども家庭センター	無 ・有(時期や内容：)
大阪府母子保健総合医療センター	無 ・有(時期や内容：)
大阪母子医療センター	無 ・有(時期や内容：)
児童デイサービス(施設名：)	無 ・有(時期や内容：)
療育手帳等はお持ちですか	いいえ・ はい 療育手帳(B2 判定) 身体障がい者手帳(級) 精神障がい者手帳(級)
お子さんの成長・発達状況について気になることがあればご記入ください	
<ul style="list-style-type: none"> ・身体・運動面 ・知的・言語面 会話が伝わりにくいことが時々ある ・性格・情緒面 	
入園する施設にご相談したいことがあればご記入ください	
食べ物の好き嫌いが多い ・ 楽しく通えるか心配	
市 記入欄	

就労証明書

八尾市長 宛

★自営業(業務委託契約を含む)・内職の方については、確定申告書の写しや開業届の控え、また収入明細書等の自営・内職を証明する書類の添付が必要です。

保護者記載欄	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方の祖父 <input type="checkbox"/> 父方の祖母 <input type="checkbox"/> 母方の祖父 <input type="checkbox"/> 母方の祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	児童名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 転園 <input checked="" type="checkbox"/> 申込み中(第一希望)	
	八尾 一郎	●●●●年 ● 月 ● 日	施設名	〇〇保育園
	児童名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 転園 <input checked="" type="checkbox"/> 申込み中(第一希望)	
	八尾 花子	●●●●年 ● 月 ● 日	施設名	〇〇保育園
就労先への通勤時間		時間 40 分 (往復)		

証明日	西暦●●●●年 ● 月 ● 日
事業所名	〇×株式会社
代表者名	大阪 一男
所在地	大阪市〇〇区〇-〇-〇
電話番号	06 - ×××× - △△△△
担当者名	大阪 太郎
記載者連絡先	06 - ×××× - △△△△

下記の内容について、事実であることを証明いたします

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で

★往復の時間で記入

ときには、刑法

★事業所印不要

合があります。

No.	項目	記載欄
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input checked="" type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他()
2	フリガナ	ヤオ イチコ
	本人氏名	八尾 市子 生年月日 ●●●●年 ● 月 ● 日
3	雇用(予定)期間等	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) ●●●●年 ● 月 ● 日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 〇×株式会社△事業所 住所 八尾市〇〇町〇-〇-〇
5	雇用の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月間 160 時間 0 分 (うち休憩時間 1200 分)
		一月当たりの就労日数 月間 20 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日
		平日 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 (うち休憩時間 60 分)
		土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
	就労時間 (変則就労の場合)	日祝 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 時間 分 (うち休憩時間 分) 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月 ●●●●年 ● 月 年月 ●●●●年 ● 月 年月 ●●●●年 ● 月 ● 日/月 ● 時間/月 ● 日/月 ● 時間/月 ● 日/月 ● 時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input checked="" type="checkbox"/> 取得中 期間 ●●●●年 ● 月 ● 日 ~ ●●●●年 ● 月 ● 日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input checked="" type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 ●●●●年 ● 月 ● 日
10	産休・育休以外の休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 年 月 日
11	復職(予定)年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み ●●●●年 ● 月 ● 日
12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 ●●●●年 ● 月 ● 日 ~ ●●●●年 ● 月 ● 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 9 時 00 分 ~ 15 時 00 分 (うち休憩時間 60 分)
13	保育士等としての勤務実態の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 無
14	備考欄	★記入もれがありますと、書類不備となり、受付できません。フリクションペンの使用はできません。 ★訂正した場合は、二重線を引いて下さい。修正ペン・修正テープは、無効となります。
追加的記載項目欄		
15	単身赴任	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 期間 赴任開始日(赴任予定日) ~ 赴任終了日 ※未定の場合は記入不要 ●●●●年 ● 月 ● 日 ~ ●●●●年 ● 月 ● 日

★休憩時間は分単位で記

★既に働いており、入所できれば勤務時間を長くする場合について、6は入所できれば長くする予定の勤務時間で記入してください。

★育児休業等により直近3か月において1月分の就労実績がない場合は、育児休業取得前の(産休・育休等取得月を除いた)就労実績を記載してください。新規採用等で就労時実績がない場合は今後の就労見込みを記載してください。

★記入もれがありますと、書類不備となり、受付できません。フリクションペンの使用はできません。
★訂正した場合は、二重線を引いて下さい。修正ペン・修正テープは、無効となります。

児童との続柄 ※○で囲んでください

入所理由証明書

(あて先)八尾市長

(障がい・介護看護・疾病・妊娠出産・就学・求職中用)

父	母	同居の祖父・祖母 その他()
---	----------	--------------------

○保護者の方の記入欄 (必須) ※教育保育給付認定と施設等利用給付認定の申請に必要な共通様式です。

保護者氏名	生年月日	日中の連絡先(TEL)	(就学の方のみ)自宅から就学先の通学時間(児童の送迎含まず)		
八尾 市子	●年●月●日	●●-●●-●●	通勤時間(片道)= 時間 30 分(電車・バス・自転車・自動車・徒歩) (複数選択可)		
児童氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 転園 <input type="checkbox"/> 申込中	児童氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 転園 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中
八尾 一郎	●年●月●日	施設名 ○○こども園	八尾 花子	●年●月●日	施設名 ○○こども園

※記入もれがありますと、書類不備となり、受付できません。必ずもれなくご記入ください。フリクションペンの使用はできません。

※訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。修正ペン・修正テープは、無効となります。

■妊娠・出産要件の方

(保護者記入欄) 当てはまるものに○及び☑をつけ、必要事項を記入してください。教育・保育給付認定期間は出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までです。

出産(予定)日	令和●年●月●日 (出産予定の方は、母子手帳の①「母の氏名(表紙)」と②「分娩予定日」のページの両方のコピーを添付してください)
出産前の状況	① 就労している 令和●年●月●日まで就労 (予定) ② 就労していない
出産後の状況	① 出産前の職場に復帰予定 (復帰予定日 令和●年●月●日・入所次第) <input type="checkbox"/> 自営業の【中心者・協力者】で退職後復帰予定 <input checked="" type="checkbox"/> 【産休のみ・産休及び育休】取得後、復帰予定 } ※復職時に復職証明書の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 一旦職場を退職したが、出産前と同じ職場で採用予定 } ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。
	② 出産前の職場とは別の職場で採用予定 (就労予定日 令和●年●月●日・入所次第) ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。 ③ 出産後に求職活動をする予定 ※以下の欄に署名捺印してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> 出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までに求職活動中であることを証明する書類を提出します。 氏名 _____ </div> <p>※産休終了時に「入所理由証明書」の「求職中の方」の欄を記入のうえ、必要書類を添付してご提出ください。 提出がない場合は入所申込みの取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。</p>
	④ 出産後は就労・求職活動の予定はない ※4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産日から8週間が経過する日の翌日の月末を過ぎると、自動的に入所申込みの取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。
	⑤ その他 []

■就学の方

(学校等記入欄) 下記の者は、次のとおり(就学・就学予定)であることを証明します。(いずれかを○で囲んでください)

氏名	八尾 市子		
学校等種別	学校・専修学校	各種学校	職業訓練校・その他()
学校等名称	○○××学校	学校等所在地	大阪市 ○○区 ○-○-○
就学(予定)期間	平成・令和●年●月●日	~	令和●年●月●日
主な履修科目	○○○○○訓練		
授業日数	日/週 5日	通常の授業日	日・火・水・木・金・土・日・不定
授業時間	① 一日あたり ●時●分から●時●分 (うち休憩時間 ●分)		
	② 週あたり 時間 分 (休憩時間 一日 分)		
※授業時間が一定の場合は①を、不規則の場合は②を記入してください。			
証明年月日	令和●年●月●日	名称	○○××学校
		代表者名	○○○ ×××
		所在地	大阪市 ○○区 ○-○-○
		記入担当者名	□□□ △△△
		電話	06-××××-△△△△

(注意事項)この就学証明欄は、保育の教育・保育給付認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合、利用を取り消すことがあります。

■求職中の方

下記の申告欄にご記入のうえ、必要書類を添付してください。

求職中の支給認定期間は90日が経過する日の月末までです

求職活動状況について、次のとおり申告します。就労先が決まり次第、所定の証明書を提出します。		署名 八尾 市子
※右記のいずれかを○で囲み、提出書類の欄に☑をしてください。	求職内容	提出書類(必須) 該当する方にチェックをいれてください。 ※添付書類が無いと受付できません
	ハローワークを利用	<input checked="" type="checkbox"/> ハローワーク登録受付票のコピー
	上記以外の方法での求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動の事実を証明する書類(面接通知・不採用通知等)

(注意事項)※ 事実確認のため、求職活動を行った会社等に確認する場合があります。
※ 施設利用中の場合は、求職活動認定の延長はできませんのでご注意ください。
申込日で求職活動認定を延長される場合は、認定変更申請手続きが必要となります。

■障がい要件の方

(本人記入欄) 必ず手帳のコピーをつけてください。

手帳の種類等 <input checked="" type="checkbox"/> と○を記入してください	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1・ 2 ・3・4 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1・2 級
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入ください)	手足が思うように動かさず、子どもの日常の世話ができないため

■介護・看護要件の方

(介護・看護者記入欄) 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて下記の「疾病の方」医療機関記入欄に証明いただきあわせてご提出ください。
身体障がい者手帳1~4級・療育手帳(A・B1・B2) 精神障がい者保健福祉手帳1・2級のコピーがあれば証明に代えることができます。

介護・看護を受ける方	本町 花子						
続柄	児童の(父・母・兄弟・姉妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・ 母方祖母)						
介護・看護を受ける方の住所	同住所 <input checked="" type="checkbox"/> 別住所 <input type="checkbox"/> (○をしてください) 別住所の場合→ 住所(△△市 <input type="checkbox"/> 町 ○-○)						
介護・看護状況	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院(通所) <input type="checkbox"/> 【月 <input checked="" type="checkbox"/> 週 1 日程度】 ・ 在宅			利用施設名: ○○ ホーム			
病名	○ ○ 症						
症状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	身体障がい者手帳__級 ・ 精神障がい者保健福祉手帳__級 ・ 療育手帳(A ・ B1 ・ B2) 要介護認定: 要介護(4) ・ 要支援 介護サービス利用: 無 ・ 有 理由						
介護・看護状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱衣補助 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 ・ 通院(通所)同行 ・ その他()						
その他具体的な介護・看護内容	投薬管理 外出の援助 など						
介護・看護の状況について記入してください。この欄に記入が難しい場合は、スケジュールがわかる書類を別途添付していただいても構いません。							
時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(記入例)
8:30 ~ 9:30	朝食介助	同左	同左	同左	同左	同左	朝食介助
9:30 ~ 11:30	家事援助	同左	同左	同左	同左	同左	病院通院介助
11:30 ~ 12:30	入浴介助		入浴介助		入浴介助		昼食介助
12:30 ~ 16:30	排泄・外出・家事		排泄・外出・家事		排泄・外出・家事		入浴介助
16:30 ~ 17:30	夕食介助	同左	同左	同左	同左	同左	夕食介助

■疾病要件の方

(医療機関記入欄) 申込者本人が記入した場合は無効となります。また、介護・看護の対象となる方についても、以下の医療機関記入欄に証明いただきご提出ください。

氏名	本町 花子						
受診状況	通院(月 <input checked="" type="checkbox"/> 週 1 日程度) ・ その他() 入院(期間など:)						
病名	× × × 症						
症状	右半身の麻痺を伴い日常生活に支障を生ずる症状						
療養状況及び児童を保育する上での困難さに関する意見 (該当する項目を○で囲んでください)	寝たきり等、全面的に介助が必要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 常時安静、介助必要 ・ 自宅療養、保育困難 ・ 概ね保育可能 児童を保育する上での困難さに関するご意見を記入してください。						
治療見込み期間	平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
証明年月日	令和 ●年 ●月 ●日 名称 八尾○○病院 所在地 八尾市 ○○町 □□□ ○-○-○ 医師名 ○○ ○○ 電話 072-XXXX-△△△						
							医療機関印 または 担当医師印

(注意事項)この疾病証明欄は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、医療機関の担当者が事実のとおりにご記入ください。
必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、利用を取り消すことがあります。

■その他の方

※下記のいずれかの番号を○で囲み必要項目に記入してください。		提出書類
1	災害復旧中の方	り災場所()理由() り災証明書の写し
2	DVによる避難等の方	相談機関名() 相談機関等の証明書
3	保育サポート利用の方	

認定こども園等入所にあたっての確認【重要】

※ 内容をご確認の上、ご署名をお願いします。

A 申込みいただくにあたって	
1	提出いただいた書類は、いかなる場合でもお返しできません。控えが必要な場合は、提出前にコピーをとっておいてください。
2	保育利用における支給認定・入所基準・副食費免除対象の算定方法について理解しました。(別冊の「保育サポート利用あんない」をよくお読みください。)
3	施設によって場所・開所及び保育時間・保育内容・保育料等以外の費用等が異なります。事前に見学や問い合わせ、ホームページでの確認等をしていただいたうえでお申込みください。また、似通った施設名がありますので、お間違いのないようによくご確認ください。施設名の記載間違いが発覚した場合でも、再度の選考はできません。
B 入所選考について	
4	入所選考の結果につきましては、理由のいかんを問わず、事前に電話・メール・窓口でのお問い合わせはできません。
5	申込内容に虚偽や不正があった場合や事実と異なる場合は、入所決定後でも入所決定の取消しや退所となる場合があります。
6	入所選考に際し、確認のため保護者の方へご連絡することがありますので、八尾市保育・こども園課から着信があれば必ず折り返しお電話をお願いします。連絡が取れない場合は、入所可能施設のご案内ができないことがあります。
7	就労(予定)の方については、職場へ在職確認のため連絡や訪問をしたり、勤務や自営をしていることが分かる書類を別途求めることがあります。その他の方についても、証明書類について、調査・問い合わせをすることがあります。
C 入所対象となるお子様について	
8	申込児童の発達状況について(疾病・障がい・市が行う健診の結果など)、質問票に記載されている施設、医療機関などに問い合わせることや、入所施設に情報提供すること、保育の実施に関する確認書の提出を求められることがあります。
9	児童の障がいや疾病に対応するための施設設備や人員体制等、施設での児童の安全性の確保が困難と認められる場合、入所決定できない場合があります。
10	児童質問票に記載がなく、入所決定後に児童の障がいや疾病等が判明した場合、入所決定の取消しを行う場合があります。
D 転所申込にあたって	
11	入所申込受付期間(令和5年10月3日～10月24日)を過ぎての変更・取下げはできません。また、転所が決まった場合は、転所前の施設に戻ることはできません。
12	育児休業中の方の転所申込は、指定日までの復職が前提となります。復職の意思がない場合は、選考の対象となりません。
E その他	
13	転入予定での申込みの方:入所決定後、八尾市に令和6年3月31日までに転入手続きをしていないことが判明した場合は、理由のいかんを問わず入所の取消しや退所となる場合があります。
14	世帯構成や住所に変更があった場合や、就労等の申告内容に変更があった時は、保育・こども園課へただちに連絡し、必要書類を提出してください。
15	保育料等を滞納した場合は、市税等の照会及び財産の調査を行い、滞納保育料等については、児童手当からの徴収や財産の差押え等の滞納処分を行います。また、認定こども園が徴収する保育料等を滞納した場合は、認定こども園を退所となる場合があります。
16	官公庁に対して世帯状況(ひとり親の状況等)に関する情報を求めることがあります。
17	官公庁に対して副食費免除対象の算定に伴う保護者及び同居親族の収入に関する資料の提供を求めること、また申込児童が利用した関係機関への照会並びに認定こども園・保育所(園)及び教育施設等への入所(学)に伴う必要な情報を市から施設・関係機関へ提供することがあります。
18	保育サポート認定要件は、原則保育短時間(1日8時間・月～金)の認定となります。
19	児童の保護者(父・母などが、「保育サポート」以外に保育の利用を必要とする事由を有し、保育標準時間で施設利用をしても、標準時間での保育を必要とする事由を失った場合は保育短時間での施設利用に変更となります。
20	保育標準時間認定の方の場合は、各施設が認定している標準時間の範囲内で、保育サポート以外の保育の利用を必要とする事由に応じた時間の利用となります。たとえば、「就労」の「標準時間認定」の方の場合は、各施設が設定している標準時間の範囲内で、就労及び通勤時間に応じた時間の利用となります(すべての方が、一律に11時間利用できるというわけではありません)。
入所申込みにあたり、上記1～20の事項について確認しました。 令和 ● 年 ● 月 ● 日	
保護者1 署名	<u>八尾 太郎</u>
保護者2 署名	<u>八尾 市子</u>