

神戸市こども誰でも通園制度モデル事業利用申請書

年 月 日

施設長 様

神戸市こども誰でも通園制度モデル事業を利用したいので、以下の事項に同意の上、次のとおり申請します。
(内容を確認してチェックを入れてください)。

- 1. 利用施設と市で必要な情報を相互提供することがあることに同意します。
- 2. 市が利用資格の確認のために必要な住民登録の閲覧や、認可保育所等の利用状況について確認を行うことがあることに同意します。申請者に確認依頼があった場合は協力します。
- 3. 複数の施設を利用できないことに同意します。
- 4. 利用できる年齢は生後6カ月～3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。
- 5. 利用可能時間の上限が月10時間であることを確認しました。
- 6. 申込状況によっては、希望する日に利用できないことがあることに同意します。
- 7. 利用決定した場合、利用開始までの間に、施設において面談を必ず受けます。面談の結果、集団保育が著しく困難であると判断された場合は利用ができない場合があることに同意します。
- 8. 施設の指定する方法で、利用料を支払います。
- 9. 保護者が責任を持って送り迎えを行います。
- 10. キャンセルする場合は利用日の前日(月曜日利用の場合は前週の金曜日)17時までには施設に連絡します。
- 11. 利用日の前日(月曜日利用の場合は前週の金曜日)17時以降にキャンセルした場合、予約していた時間分の利用可能時間が減少することに同意します。
- 12. 予約した時間を超過して利用した場合は、超過時間の端数が30分未満であっても30分利用したものとみなすことに同意します。
- 13. 神戸市や利用施設からのアンケート調査等に協力します。
- 14. 利用にあたって、施設と事前に取り決めた約束事やきまりについては必ず守ります。
- 15. 申請内容が事実と相違しているまたは制度の対象者ではないことが判明した場合や、上記事項が守られない場合は、利用資格が取消となり、利用料金に加え、別途料金(1時間あたり850円)が発生することがあります。その場合、発生した料金を支払います。

利用を希望する施設				
利用児童	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	令和6年4月1日時点の年齢	歳
保護者1 (申請者)	ふりがな		子どもから見た続柄	父 ・ 母 ・
	氏 名			その他()
	住所	神戸市 区		
	生年月日	年 月 日	携帯電話	
保護者2	ふりがな		子どもから見た続柄	父 ・ 母 ・
	氏 名			その他()
	生年月日	年 月 日	携帯電話	
世帯の属性	<input type="checkbox"/> 専業主婦(主夫)の世帯 <input type="checkbox"/> 産休・育休・介護休業取得中の世帯 <input type="checkbox"/> 保護者のいずれかが短時間(勤務時間が月64時間未満)又は不定期に就労している世帯 <input type="checkbox"/> その他()			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 社会的養護(児童養護施設等の入所・里親制度利用等)が必要な世帯 <input type="checkbox"/> 世帯の当該年度市町村民税所得割課税額合計が77,100円以下の世帯 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない ※ 生活保護世帯の場合は「生活保護適用証明書」を利用施設に提示してください。			
利用児童以外のきょうだいの人数		人	<input type="checkbox"/> 多胎児がいる世帯である	
一時保育利用経験の有無	<input type="checkbox"/> あり(施設名: ())			
保育所等の在籍・申請状況	認可保育所・幼稚園・認定こども園・地域型保育事業施設・企業主導型保育施設の在籍状況			
	<input type="checkbox"/> 在籍していません			
	<input type="checkbox"/> 入所申請中です (年 月 日から利用希望)			
	<input type="checkbox"/> 入所申請中ですが、現在保留中です。			
	<input type="checkbox"/> 入所が内定・決定しています (入所(予定)日 年 月 日) (入所施設)			
※ 保育所等に入所(在籍)した時点で、誰でも通園制度の利用は終了します。				

神戸市誰でも通園制度モデル事業用 児童の状況票

ふりがな 児童氏名			男・女	記入日 年 月 日
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月	
0歳児	<input type="checkbox"/> ひとりで座ることができる <input type="checkbox"/> 人に向かって、「アーアー」「ウーウー」などいろいろな声を出す			
1歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> ひとり歩きをする <input type="checkbox"/> 手を出して、ものをつかむ <input type="checkbox"/> 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う <input type="checkbox"/> 身の回りの大人や子どもに関心を示す <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く			
2歳児	<input type="checkbox"/> 転ばずにひとりで歩く <input type="checkbox"/> 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに答える(「これなあに?」「ワンワン」など) <input type="checkbox"/> 子どものそばに寄っていったり、一緒に遊んだりするのを喜ぶ <input type="checkbox"/> 禁止(だめ)がわかり、やめる			
乳幼児健康診査を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた (受診した健康診査すべてにチェックしてください) <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受けていない			
そのとき、何か指導がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (指導内容)			
発達や病気等のことで、神戸市機関や医療機関、その他相談機関に相談したことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 神戸市機関(こども家庭センター・総合療育センター・東部療育センター・西部療育センター) <input type="checkbox"/> その他の病院 () 受診科 () 受診頻度 (月に 回 週に 回) 受診内容 () 受診期間 年 月 日から 年 月 日 病名 () 現在の状況 <input type="checkbox"/> 通院継続 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒			
ひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ 歳 か月のとき ひきつけの回数 回 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
障害者手帳は持っていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日交付) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (県・市 第 号 等級:) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (県・市 第 号 等級:)			
アトピーやアレルギーなどがありますか	<input type="checkbox"/> 下記項目該当なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎) ※アレルギーがある場合は、別途書類の提出が必要な場合があります。			
※アトピーやアレルギーがある場合、除去食の必要はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他()			
アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
その他、養育上心配なことや、先生に伝えておきたいことがあれば記入してください。				