

児童状況票

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書(2・3号)

保育を実施する際の資料となります。状況により診断書等を提出していただくことがあります。集団生活において心配のある方は申込前にご相談ください。

児童名	記入日現在の年齢 歳 月	記入日 年 月 日
-----	-----------------	--------------

① にじいろ保育について有無に○をつけてください。

希望 無	
希望 有	<p>事前に幼児教育推進課 072-780-4313へ連絡が必要となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 事前に連絡済み <input type="checkbox"/> 速やかに連絡する予定</p> <p>にじいろ保育とは、発達に支援を必要とする子どもに対し、活動場面に応じて、保育士・保育教諭が支援を行う保育のことです。子ども同士が関わり合う中で、一人一人が互いの違いを認め合い、助け合い、心の育ちを大切にしたい「共に育ち合う」保育を目指しています。</p>

② 発達面等の相談(過去の相談歴も含め)の有無に○をつけてください。有の場合は相談先など記入ください。

相談 無	
相談・通所 有	<p>相談先 .. 保健センター・あすばる () ・ その他 ()</p> <p>(相談した時期や内容等について)</p> <p>年 月 ~</p> <p>通所先 .. 児童発達支援事業所 () ・ その他 ()</p>

③ 出産時の状況について記入ください。

妊娠期間	週	体重	g	身長	cm
------	---	----	---	----	----

④ 健康診査の状況について(該当するものを○で囲んでください。)

4か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)
10か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)
1歳6か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)
3歳児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)

⑤ 障害手帳や受給者証等の交付状況について、該当するものがあれば○をつけてください。

身体障害者手帳	療育手帳	障害福祉サービス受給者証
通所受給者証、育成医療受給者証等	地域生活支援事業受給者証	

⑥ いままでにかかった疾患名に○をつけてください。

心臓病	腎臓病	けいれん	てんかん	ぜんそく
肘内障(ひじがぬげやすい)		その他 ()		

上記、疾患について記入ください。

診断名	発症時期、状況など	現在の症状・今後の予定・集団生活での注意点など

裏面あり→

⑦ 食事についてご記入ください。

・ 哺乳瓶は使用していますか	はい ・ いいえ
・ 現在の栄養法は	母乳 ・ ミルク ・ 混合 ・ 離乳食 ・ 普通食 離乳食について (形態) 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 普通食 開始時期 年月
・ スプーンから飲むことができますか	はい ・ いいえ
・ コップから飲むことができますか	はい ・ いいえ
・ 自分でコップを持って飲めますか	はい ・ いいえ
・ スプーンを使って自分の口に運べますか	はい ・ いいえ
・ お箸を使って食事をしますか	はい ・ いいえ
・ 食物アレルギーについて	なし ・ あり (下記 ※についてご記入ください。)
・ 除去している食材	なし ・ あり ()
・ 保育所での除去食の希望	なし ・ あり ※入所決定後医師の診断書などが必要となります。
・ アレルギー症状、状態	なし ・ あり ()
・ アナフィラキシー	なし ・ あり ()
・ エピペンの使用	なし ・ あり ()
・ 食物以外のアレルギーについて	なし ・ あり (下記 ※についてご記入ください。)
※ アレルギーについて記載ください。 何に対するアレルギーですか? ()	
初発年齢 歳 年月	初発時の状況など ()
血液検査の実施 あり ・ なし	()

⑧ 発達状況について記入ください。

首すわり 年月 ・ 未	寝返り 年月 ・ 未	お座り 年月 ・ 未	ハイハイ 年月 ・ 未
つかまり立ち 年月 ・ 未	つたい歩き 年月 ・ 未	ひとり歩き 年月 ・ 未	
・ 名前を呼ぶと視線を合わせますか	はい ・ いいえ		
・ バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか	はい ・ いいえ		
・ 「おいで」「ちょうだい」など簡単なことばがわかりますか	はい ・ いいえ		
・ 「まんま ちょうだい」など2語文をいいますか	はい ・ いいえ		
・ 自分の名前をいいますか	はい ・ いいえ		
・ 目を合わせて会話ができますか	はい ・ いいえ		
・ 他のお子さんに興味をもちますか	はい ・ いいえ		
・ 排尿を知らせますか	出る前	出てから	知らせない
・ 大便を知らせますか	出る前	出てから	知らせない
・ トイレで排尿ができますか	いつも	時々	できない
・ トイレで大便ができますか	いつも	時々	できない
・ 自分で靴がぬげますか	はい ・ いいえ		
・ 自分で服が着られますか	手助けがいる ・ 一人ができる		
・ 外出時に迷子になったことがありますか	はい ・ いいえ		

⑨ 保育施設の集団生活にあたり、子どもの様子など伝えておきたいことがあればご記入ください。

2026 年度

保育施設入所申請書 兼
施設型給付費・地域型保育給付費等
教育・保育給付認定申請書 (2・3号)

#

有効期限 2027年3月(調整)まで

受付印
記載例

(宛先) 伊丹市長 様

【ご注意】
機械で読み取りますので
内に丁寧に記載願います。

申請年月日 2025年10月15日
住所 〒664-8503 伊丹市 千僧1丁目1番地
氏名(代表) 伊丹 太郎 生年月日(西暦) 1985年4月2日
児童との続柄 父・母 児童との居住状況 同居 別居
氏名(上記以外) 伊丹 花子 生年月日(西暦) 1987年12月25日
児童との続柄 父・母 児童との居住状況 同居 別居
日中の連絡先(電話番号) ※優先する電話番号を①に記入してください。
① 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇 父携帯 母携帯 自宅 勤務先 その他()
② 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇 父携帯 母携帯 自宅 勤務先 その他()
今年1月1日現在の住所 伊丹市内・伊丹市外(〇〇市 市・区・町・村)

① 保育施設の利用を申請します。

入所希望期間 2026年4月01日から 小学校就学まで 2026年 月 日まで
申請児童 氏名 伊丹 小太郎 生年月日(西暦) 2023年5月2日生 出生順位 第2子 備考
入所希望施設(最大30施設まで)
第1希望 ○○保育所 第4希望 第7希望 第10希望
第2希望 □□保育所 第5希望 第8希望 最大30施設まで希望できます。
第3希望 △△こども園 第6希望 第9希望 第11希望以降は、裏面または別紙に記載ください。
現在の保育者 父母・その他() 現在の保育場所 自宅・その他(職場の託児所) 出産予定 あり(年 月 日予定)・なし
入所後の延長保育利用の予定 あり・なし 入所後の保育利用の予定 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日・祝日
きょうだい同時申請の場合(入所時期と希望施設について該当箇所には○印をつけてください)
入所時期 1. 同時期のみ 3. 上の子優先
2. どちらが先でも可 4. 下の子優先
希望施設 1. 同施設のみ 2. 別施設でも可 A. 希望順位が低くても同施設の入所を優先
B. 別施設でも希望順位の高い施設の入所を優先
※きょうだい同時申請で入所できない児童がいる場合の保育先()

② 施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。(認定開始日の遡及はできません。)

保育を必要とする理由
父 就労 疾病・障がい 介護・看護 災害復旧 求職活動 就学 その他()
母 就労 妊娠・出産 疾病・障がい 介護・看護 災害復旧 求職活動 就学 その他()
希望する保育必要量 標準時間 短時間
該当する状況に(複数可)
 (1) 本児は伊丹市内認可保育施設に入所申請するのは初めてである。
 (2) 本児は以前、伊丹市内認可保育施設に入所申請したことがある。(過年度も含め、一度でも申請したことがある場合)
 (3) 本児は現在、幼稚園に在席している。または、認可外施設を利用中もしくは利用予定である。
 (4) この申請以外の保育施設または幼稚園に入園希望を提出(予定)している。(園名:)
 (5) 幼稚園の入園が決定している。(園名:)
保育施設が内定し手続き完了後に認定を行い通知を発送する場合があります。(調整に加味する内容ではありません。)

以下は、市記入欄です。

第1希望		第4希望		第7希望		第10希望	
第2希望		第5希望		第8希望		申請理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介看 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 他	
第3希望		第6希望		第9希望			
認定開始日	2026年 月 日	認定終了日	2026年 月 日				
認定日	2026年 月 日	申込日	2026年 月 日				
申請日(受付日)	2026年 月 日	宛名コード					

児童状況票

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書(2・3号)

保育を実施する際の資料となります。状況により診断書等を提出していただくことがあります。集団生活において心配のある方は申込前にご相談ください。

児童名 伊丹 小太郎	記入日現在の年齢 2歳 5か月	記入日 2025年 10月 10日
---------------	--------------------	----------------------

① にじいろ保育について有無に○をつけてください。

希望 <input checked="" type="radio"/> 無	
希望 <input type="radio"/> 有	<p>事前に幼児教育推進課 072-780-4313へ連絡が必要となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 事前に連絡済み <input type="checkbox"/> 速やかに連絡する予定</p> <p>にじいろ保育とは、発達に支援を必要とする子どもに対し、活動場面に応じて、保育士・保育教諭が支援を行う保育のことです。子ども同士が関わり合う中で、一人一人が互いの違いを認め合い、助け合い、心の育ちを大切に「共に育ち合う」保育を目指しています。</p>

② 発達面等の相談(過去の相談歴も含め)の有無に○をつけてください。有の場合は相談先など記入ください。

相談 <input checked="" type="radio"/> 無	
相談・通所 有	<p>相談先 .. 保健センター・あすばる () ・ その他 ()</p> <p>(相談した時期や内容等について)</p> <p>年 月 ~</p> <p>通所先 .. 児童発達支援事業所 () ・ その他 ()</p>

③ 出産時の状況について記入ください。

妊娠期間	39 週	体重	3296 g	身長	50 cm
------	------	----	--------	----	-------

④ 健康診査の状況について(該当するものを○で囲んでください。)

4か月児健康診査	未受診	受診予定	<input checked="" type="radio"/> 受診済み	特記事項 ()
10か月児健康診査	未受診	受診予定	<input checked="" type="radio"/> 受診済み	特記事項 ()
1歳6か月児健康診査	未受診	受診予定	<input checked="" type="radio"/> 受診済み	特記事項 ()
3歳児健康診査	<input checked="" type="radio"/> 未受診	受診予定	受診済み	(特記事項 ())

⑤ 障害手帳や受給者証等の交付状況について、該当するものがあれば○をつけてください。

身体障害者手帳	療育手帳	障害福祉サービス受給者証
通所受給者証、育成医療受給者証等	地域生活支援事業受給者証	

⑥ いままでにかかった疾患名に○をつけてください。

心臓病	腎臓病	けいれん	てんかん	<input checked="" type="radio"/> ぜんそく
肘内障(ひじがぬげやすい)		その他 ()		

上記、疾患について記入ください。

診断名	発症時期、状況など	現在の症状・今後の予定・集団生活での注意点など
小児喘息	2歳1か月の時にすこし過度な運動をした際に発症	<input type="checkbox"/> 病院に通院中。 ぜんそく発症時はまず安静にするよう指示あり

裏面あり→

⑦ 食事についてご記入ください。

・ 哺乳瓶は使用していますか	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
・ 現在の栄養法は	母乳 ・ ミルク ・ 混合 ・ 離乳食 ・ 普通食 離乳食について (形態) 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 <input checked="" type="radio"/> 普通食 開始時期 18 か月
・ スプーンから飲むことができますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
・ コップから飲むことができますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
・ 自分でコップを持って飲めますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
・ スプーンを使って自分の口に運べますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
・ お箸を使って食事をしますか	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
・ 食物アレルギーについて	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (下記 ※についてご記入ください。)
・ 除去している食材	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (卵)
・ 保育所での除去食の希望	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり ※入所決定後医師の診断書などが必要となります。
・ アレルギー症状、状態	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (口の周りが赤くなる)
・ アナフィラキシー	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ()
・ エピペンの使用	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ()
・ 食物以外のアレルギーについて	なし ・ <input checked="" type="radio"/> あり (下記 ※についてご記入ください。)
※ アレルギーについて記載ください。 何に対するアレルギーですか? (卵・猫の毛)	
初発年齢	1 歳 10 か月 初発時の状況など (卵を食べたら口の周りに発疹が出た。猫に触れたら赤くなり痒みを訴えた。)
血液検査の実施	あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし ()

⑧ 発達状況について記入ください。

首すわり 3 か月 ・ 未	寝返り 5 か月 ・ 未	お座り 6 か月 ・ 未	ハイハイ 7 か月 ・ 未
つかまり立ち 7 か月 ・ 未	つたい歩き 8 か月 ・ 未	ひとり歩き 12 か月 ・ 未	
・ 名前を呼ぶと視線を合わせますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 「おいで」「ちょうだい」など簡単なことばがわかりますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 「まんま ちょうだい」など2語文をいいますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 自分の名前をいいますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 目を合わせて会話ができますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 他のお子さんに興味をもちますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 排尿を知らせますか	出る前	<input checked="" type="radio"/> 出てから	知らせない
・ 大便を知らせますか	出る前	<input checked="" type="radio"/> 出てから	知らせない
・ トイレで排尿ができますか	いつも	時々	<input checked="" type="radio"/> できない
・ トイレで大便ができますか	いつも	時々	<input checked="" type="radio"/> できない
・ 自分で靴がぬげますか	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ		
・ 自分で服が着られますか	<input checked="" type="radio"/> 手助けがいる 一人ができる		
・ 外出時に迷子になったことがありますか	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		

⑨ 保育施設の集団生活にあたり、子どもの様子など伝えておきたいことがあればご記入ください。