

令和9年度 保育所等入所申込書 兼 支給認定申請書

令和 年 月 日

日の出町長 宛

次のとおり、保育所等への入所および支給認定について申請いたします。

保護者 (申請者)	住所	〒190- (アパート名等も記入してください) 日の出町大字 平井・大久野				受付印
	氏名					
入所申込みおよび支給認定申請にかかる個人番号の提供について、以下の者に委任します。 (上記の申請者以外の方が提出する場合はご記入ください)						
提出者 (受任者)	住所					
	氏名		申請者との関係			
利用希望施設 ※6 か所以上記入する 場合は余白にご記入 ください	第1希望		☐ 見学済		育児休業の場合 ☐ 直ちに復職を希望 ☐ 育児休業の延長が可 能であり、他の利用希 望者を優先して選考 することに同意する	
	第2希望		☐ 見学済			
	第3希望		☐ 見学済			
	第4希望		☐ 見学済			
	第5希望		☐ 見学済			
入 所 希 望 児 童	フリガナ 児童氏名	生年月日	年 齢 令和9年4月1日現在	保育の実施希望期間	入所区分	
	個人番号(マイナンバー)			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
		・ ・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
		・ ・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
		・ ・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
		・ ・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
		・ ・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園	
保育の必要量		☐ 保育標準時間(最長11時間) ☐ 保育短時間(最長8時間) ※保育標準時間をご希望の場合でも、保育を必要とする事由により、保育短時間認定になる場合があります				
上 記 児 童 以 外 の 同 居 世 帯 員	フリガナ 氏 名	続 柄	生年月日	職 業 保育所名・学校名等	電話番号	
	個人番号(マイナンバー)					
		父	・ ・		自宅 〔 〕 父 携帯電話 〔 〕 母 携帯電話 〔 〕 その他() 〔 〕	
		母	・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
		・ ・				
個人番号の記載		☐ あり ☐ なし				
①番号確認書類		☐ 個人番号カード ☐ 通知カード(最新の情報が記載されたものに限る) ☐ 番号記載の住民票等				
②身元確認書類		☐ 個人番号カード ☐ 顔写真付身分証明書(免許証等) ☐ その他の書類(2つ)				

令和8年1月1日現在の住所地 □ 日の出町内 □ 日の出町以外【住所： _____】					
令和9年1月1日現在の住所地 □ 日の出町内 □ 日の出町以外【住所： _____】					
家　庭　の　状　況		□ 生活保護（平成・令和 年 月 日より） □ ひとり親家庭 □ 左記以外			
保育を必要とする事由					
父の状況			母の状況		
☐ 就労 ※就労証明書を添付 通勤方法： 、通勤時間：			☐ 就労 ※就労証明書を添付 通勤方法： 、通勤時間：		
☐ 求職中 1 求職活動中 2 就労内定あり 年 月 日就労開始予定			☐ 求職中 1 求職活動中 2 就労内定あり 年 月 日就労開始予定		
			☐ 出産 ※母子手帳のコピーを添付 出産予定日： 年 月 日		
☐ 疾病 ※診断書を添付 傷病名： 区 分： 通院・入院 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日			☐ 疾病 ※診断書を添付 傷病名： 区 分： 通院・入院 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日		
☐ 障害 ※身体障害者手帳等のコピーを添付 障害名： 等 級： 種 級 度			☐ 障害 ※身体障害者手帳等のコピーを添付 障害名： 等 級： 種 級 度		
☐ 介護・看護 ※介護保険証のコピー、診断書等を添付 被介護者： 保護者からみた続柄： 病名・障害名： 等 級： 種 級 度 同居・別居： 同居 ・ 別居 介護の頻度： 常時 ・ 週5日以上 ・ 週3日以上			☐ 介護・看護 ※介護保険証のコピー、診断書等を添付 被介護者： 保護者からみた続柄： 病名・障害名： 等 級： 種 級 度 同居・別居： 同居 ・ 別居 介護の頻度： 常時 ・ 週5日以上 ・ 週3日以上		
☐ 就学 ※在学証明書等を添付 区 分： 通学制 ・ 通信教育課程 就学先名称： 就学期間： 年 月 日 ～ 年 月 日			☐ 就学 ※在学証明書等を添付 区 分： 通学制 ・ 通信教育課程 就学先名称： 就学期間： 年 月 日 ～ 年 月 日		
☐ 被災※あらかじめ子育て支援課子育て支援係にご相談ください。 区 分：震災・風水害・火災・その他() 災害発生日： 災害の状況：			☐ 被災※あらかじめ子育て支援課子育て支援係にご相談ください。 区 分：震災・風水害・火災・その他() 災害発生日： 災害の状況：		
☐ 不存在 理 由：離婚 ・ 未婚 ・ 死亡 ・ 遺棄 ・ ： 離婚調停別居中 ・ その他() 時 期： 年 月 日			☐ 不存在 理 由：離婚 ・ 未婚 ・ 死亡 ・ 遺棄 ・ ： 離婚調停別居中 ・ その他() 時 期： 年 月 日		
複数児童の同時申込みの場合					
☐ 同時に同じ施設に入所できる場合のみ入所する ☐ 別々の施設でも同時に入所できる場合は入所するが、一人（一部の児童）しか入所できない場合は入所しない ☐ 一人（一部の児童）でも入所可能なら入所する 入所できなかった児童は、 ☐ 同じ施設を待機する ☐ 別々の施設でも入所を希望する					
祖父母の状況 ※祖父母の状況を確認するために、就労証明書等を提出していただく場合があります					
	氏　名	年齢	状　況	住所（別居の場合は記入してください）	就　労
父方	祖父		☐ 不存在 ☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無
	祖母		☐ 不存在 ☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無
母方	祖父		☐ 不存在 ☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無
	祖母		☐ 不存在 ☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無

入 所 希 望 児 童 の 状 況 表

児童名

該当する箇所に記入、○印もしくは□印をお書きください。
用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご使用ください。

保育の状況	☐ 自宅保育 ☐ 個人に預けている : 住 所 () 氏 名 () 続柄 () ☐ 職場に連れて行く : 保育設備の有無 (あり ・ なし) ☐ 保育施設等に預けている : 施 設 名 ()
発達の状況	【みなさんお答えください】 ・ 出生時の体重 g 妊娠期間 週 ・ 首がすわったのは : (月頃) ・ すわっていない ・ おすわりをしたのは : (月頃) ・ まだ ・ 歩き始めたのは : (月頃) ・ まだ ・ 離乳食を始めたのは : (月頃) ※授乳は (ミルク ・ 母乳 ・ 混合) ・ 名前を呼ばれたら返事をしますか : はい ・ いいえ ・ まだ (呼ばれたことがわかり反応しますか) ・ 話しかけられた人と目を合わせますか : はい ・ いいえ ・ まだ ・ 言葉は話しますか : はい (単語 ・ 二語文 ・ 三語文) ・ まだ 【3 歳以上のお子様のみお答えください】 ・ 理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがあります : はい ・ いいえ ・ 落ち着きがなく、手を放すとどこに行くかわからないことがあります : はい ・ いいえ
健康状態	・ 次の症状はありますか 症状 日常生活で気をつけていること 薬の服用 ぜんそく : なし ・ あり () () なし ・ あり アトピー性皮膚炎 : なし ・ あり () () なし ・ あり アレルギー性鼻炎 : なし ・ あり () () なし ・ あり じんましん : なし ・ あり () () なし ・ あり 食物アレルギー : なし ・ あり () () なし ・ あり ☐ アナフィラキシー 症状が出るもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 ☐ エピペン使用 検査済みのもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 除去指示があるもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 その他 : なし ・ あり () () なし ・ あり ・ ひきつけ、けいれん : なし ・ あり (歳 月頃 のとき) ・ 心身の障害 : なし ・ あり (障害の名前) 【 身体障害者手帳 級 ・ 愛の手帳 度 】 ・ 排泄 : 1 人で可 ・ 付き添えば可 ・ おむつ使用 ・ その他 () ・ 健診時の指摘事項 : 3 ・ 4 ヶ月健診 なし ・ あり (指摘事項 :) 1 歳 6 ヶ月児健診 なし ・ あり (指摘事項 :) 3 歳児健診 なし ・ あり (指摘事項 :) その他 なし ・ あり (指摘事項 :)
通院等	・ 現在、病気や発達のことで治療や相談をしていますか : なし ・ あり ・ 出産時から継続して、もしくは定期的に通院していますか : なし ・ あり どちらかに「あり」の場合 病院・施設 : 病名・症状 : 服 薬 : なし ・ あり (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 1 日 1 回)
予防接種	予防接種の接種状況について ※接種済み (途中も含め) に○印をしてください 五種混合 (ジフテリア ・ 百日せき ・ 破傷風 ・ ポリオ ・ Hib) 、 MR (麻しん ・ 風しん) 、 日本脳炎、 結核 (BCG) 、 肺炎球菌 、 水痘 、 B 型肝炎、 ロタウイルス、 その他 ()
健康状態や発達状況について気になること、心配なことなど、具体的にご記入ください	

入 所 希 望 児 童 の 状 況 表

児童名

該当する箇所に記入、○印もしくは□印をお書きください。

用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご使用ください。

保育の状況	☐ 自宅保育 ☐ 個人に預けている : 住 所 () 氏 名 () 続柄 () ☐ 職場に連れて行く : 保育設備の有無 (あり ・ なし) ☐ 保育施設等に預けている : 施 設 名 ()
発達の状況	【みなさんお答えください】 ・ 出生時の体重 g 妊娠期間 週 ・ 首がすわったのは : (月頃) ・ すわっていない ・ おすわりをしたのは : (月頃) ・ まだ ・ 歩き始めたのは : (月頃) ・ まだ ・ 離乳食を始めたのは : (月頃) ※授乳は (ミルク ・ 母乳 ・ 混合) ・ 名前を呼ばれたら返事をしますか : はい ・ いいえ ・ まだ (呼ばれたことがわかり反応しますか) ・ 話しかけられた人と目を合わせますか : はい ・ いいえ ・ まだ ・ 言葉は話しますか : はい (単語 ・ 二語文 ・ 三語文) ・ まだ 【3 歳以上のお子様のみお答えください】 ・ 理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがあります : はい ・ いいえ ・ 落ち着きがなく、手を放すとどこに行くかわからないことがあります : はい ・ いいえ
健康状態	・ 次の症状はありますか 症状 日常生活で気をつけていること 薬の服用 ぜんそく : なし ・ あり () () なし ・ あり アトピー性皮膚炎 : なし ・ あり () () なし ・ あり アレルギー性鼻炎 : なし ・ あり () () なし ・ あり じんましん : なし ・ あり () () なし ・ あり 食物アレルギー : なし ・ あり () () なし ・ あり ☐ アナフィラキシー 症状が出るもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 ☐ エピペン使用 検査済みのもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 除去指示があるもの 【卵／牛乳／そば／大豆／小麦／甲殻類／ナッツ類／その他 ()】 その他 : なし ・ あり () () なし ・ あり ・ ひきつけ、けいれん : なし ・ あり (歳 月頃 のとき) ・ 心身の障害 : なし ・ あり (障害の名前) 【 身体障害者手帳 級 ・ 愛の手帳 度 】 ・ 排泄 : 1 人で可 ・ 付き添えば可 ・ おむつ使用 ・ その他 () ・ 健診時の指摘事項 : 3 ・ 4 ヶ月健診 なし ・ あり (指摘事項 :) 1 歳 6 ヶ月児健診 なし ・ あり (指摘事項 :) 3 歳児健診 なし ・ あり (指摘事項 :) その他 なし ・ あり (指摘事項 :)
通院等	・ 現在、病気や発達のことで治療や相談をしていますか : なし ・ あり ・ 出産時から継続して、もしくは定期的に通院していますか : なし ・ あり どちらかに「あり」の場合 病院・施設 : 病名・症状 : 服 薬 : なし ・ あり (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 1 日 1 回)
予防接種	予防接種の接種状況について ※接種済み (途中も含め) に○印をしてください 五種混合 (ジフテリア ・ 百日せき ・ 破傷風 ・ ポリオ ・ Hib) 、 MR (麻しん ・ 風しん) 、 日本脳炎、 結核 (BCG) 、 肺炎球菌 、 水痘 、 B 型肝炎、 ロタウイルス、 その他 ()
健康状態や発達状況について気になること、心配なことなど、具体的にご記入ください	