記　入　例

鉛筆や消えるボールペンで記載しないでください

令和９年度　保育所等入所申込書 兼 支給認定申請書

令和　８　年　１１　月　〇〇　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	〒190-0182　（アパート名等も記入し		
		日の出町大字　平井・大久野　2780 番地		
	氏名	日の出　太郎　※自		

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

（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	日の出町大字平井 2780 番地		
	氏名	日の出　花子	申請者との関係	妻

保護者欄に記載された方以外の方が提出される場合、提出者欄への記入漏れがないようにお願いいたします。

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	〇〇〇〇保育園	☑見学済
	第２希望	●●●●保育園	☑見学済
	第３希望	△△△△保育園	☑見学済
	第４希望	▲▲▲▲保育園	☑見学済
	第５希望	□□□□保育園	☑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

入所希望児童	フリガナ / 児童氏名 / 個人番号（マイナンバー）	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
	ヒノデ　ジロウ 日の出　二郎 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	RO・〇・〇	１歳	令和　９年　４月　１日 から 令和１０年　３月３１日	☑新規 ☐転園
				年　月　日 から 年　月　日	☐新規 ☐転園
				年　月　日 から 令和　年　月　日	☐新規 ☐転園

令和９年４月１日現在の年齢をご記入ください。

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は…	

どちらかをチェックしてください。

上記児童以外の同居世帯員	フリガナ / 氏名 / 個人番号（マイナンバー）	続柄	生年月日	保育所名・学校名等	電話番号
	ヒノデ　タロウ 日の出　太郎 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	父	So・〇・〇	株式会社〇〇〇〇	
	ヒノデ　ハナコ 日の出　花子 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	母	Ho・〇・〇	株式会社●●●●	自宅〔〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〕
	ヒノデ　イチロウ 日の出　一郎 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	兄	Ro・〇・〇	□□□□小学校	父　携帯電話〔〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〕
	ヒノデ　ミツコ 日の出　三子 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	妹	Ro・〇		母　携帯電話〔〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〕
			・　・		その他（　　）〔　　〕
			・　・		

同居の世帯員すべてをご記入ください。また提出時に全員分のマイナンバー確認書類を忘れずお持ちください。

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…
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：東京都〇〇〇〇市〇〇〇

日の出町以外の住所地をご記入の場合、お間違えのないようにお気を付けください。

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

該当するものがある場合、チェックを忘れないようにお気を付けください。

父の状況	
☑就労　※就労証明書を添付 通勤方法：　車　、通勤時間：　１時間	☑就労　※就労証明書を添付 通勤方法：　自転車　、通勤時間：　10 分
☐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	日の出　文男	62	☐不存在 ☐同居 ☑別居	東京都□□□□市□□□	☑有 ☐無
	祖母	日の出　文子	61	☐不存在 ☐同居 ☑別居	東京都□□□□市□□□	☑有 ☐無
母方	祖父	西多摩　富士夫	66	☐不存在 ☐同居 ☑別居	東京都〇〇〇〇市〇〇〇	☐有 ☑無
	祖母	西多摩　富士子	67	☐不存在 ☐同居 ☑別居	東京都〇〇〇〇市〇〇〇	☐有 ☑無

入　所　希　望　児　童　の　状　況　表

児童名　　日の出　二郎

該当する箇所に記入、〇印もしくはレ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　__〇〇〇〇__ g　妊娠期間　__□□__ 週
・首がすわったのは　：（__〇__ヶ月頃）・すわっていない
・おすわりをしたのは　：（__〇__ヶ月頃）・まだ
・歩き始めたのは　：（__〇__ヶ月頃）・まだ
・離乳食を始めたのは　：（__〇__ヶ月頃）　※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か　：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か　：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（　　）（　　）あり
アトピー性皮膚炎：なし・あり（　　）（　　）あり
アレルギー性鼻炎：なし・あり（　　）（　　）あり
じんましん　：なし・あり（　　）（　　）あり
食物アレルギー　：なし・あり（　　）（　　）あり
ロアナフィラキシー ロエピペン使用　症状が出るもの　【卵／牛乳／そば／大豆　　)】
　検査済みのもの　【卵／牛乳／そば／大豆　　)】
　除去指示があるもの【卵／牛乳／そば／大豆　　)】
その他　：なし・あり（　　）（　　）・あり

母子手帳、現在の状況を確認の上、各項目をご記入ください。
２人同時入所の場合、こちらと裏面の両方をお使いいただき、２人分の状況をご記入ください。３人以上の場合、別に用紙をご用意いたしますのでご相談ください。

・ひきつけ、けいれん：なし・あり（　　歳　　ヶ月のとき）
・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）に〇印をしてください
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

なにか気になることがございましたら最下段にご記入ください。

最後に記入漏れがないか確認をお願いします。

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　：（＿＿ヶ月頃）・すわっていない
・おすわりをしたのは　：（＿＿ヶ月頃）・まだ
・歩き始めたのは　：（＿＿ヶ月頃）・まだ
・離乳食を始めたのは　：（＿＿ヶ月頃）　※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か　：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か　：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□エピペン使用
　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（　）】
　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　ヶ月のとき）
・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