

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 個人番号 (マイナンバー)	性別	生年月日	年齢 令和8年4月1日現在	保育の実施希望期間	入所区分
		男・女	・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園
		男・女	・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園
		男・女	・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園
		男・女	・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園
		男・女	・		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	☐ 新規 ☐ 転園
		男・女	・		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 個人番号 (マイナンバー)	続柄	性別	生年月日	職業 保育所名・学校名等	電話番号
		父	男	・		自宅 〔 〕 父 携帯電話 〔 〕 母 携帯電話 〔 〕 その他 () 〔 〕
		母	女	・		
				・		
				・		
				・		
				・		
				・		
			・			

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7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：_____】

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：_____】 ☐ 求職中	☐ 就労 ※就労証明書を添付 【通勤方法：_____、通勤時間：_____】 ☐ 求職中
☐ 出産 ※母子手帳のコピーを添付 【出産予定日：令和 年 月 日】	☐ 出産 ※母子手帳のコピーを添付 【出産予定日：令和 年 月 日】
☐ 病気・けが等 ※診断書を添付	☐ 病気・けが等 ※診断書を添付
☐ 障害 ※身体障害者手帳等のコピーを添付	☐ 障害 ※身体障害者手帳等のコピーを添付
☐ 介護・看護 ※介護保険証のコピー、診断書等を添付 介護・看護を受ける人：_____	☐ 介護・看護 ※介護保険証のコピー、診断書等を添付 介護・看護を受ける人：_____
【 常時看護 ・ 入院 ・ 通院（__日／週） 】	【 常時看護 ・ 入院 ・ 通院（__日／週） 】
☐ 就学 ※在学証明書等を添付	☐ 就学 ※在学証明書等を添付
☐ 不存在【 死亡・離婚・別居・未婚・行方不明 】	☐ 不存在【 死亡・離婚・別居・未婚・行方不明 】

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

同意事項（必ず内容をご確認ください）

町は施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定や利用者負担額や副食費徴収免除などの算定に必要な（同居の家族を含む）住民登録・生活保護・児童扶養手当などの世帯状況や課税の情報を調査させていただきます。

提出書類や決定した利用者負担額や副食費徴収免除について、特定教育・保育施設に対して提示します。

新規にお申込みされる場合、施設を利用するための認定が必要になります。支給認定は申込み受付期間終了後に一括して行いますが、認定通知書については入所承諾書（または保留通知書）とあわせてお送りいたします。

就労状況を確認するため、就労先への照会や現地調査を行う場合があります。

求職中の場合、入所後3か月以内に就労を開始し就労証明書を提出しない場合は退所となります。

申込み内容が虚偽だった場合や事実と異なる場合、利用決定を取り消します。

必要書類は受付期間内に必ず提出してください。受付期間後に申込みをする場合、4月入所については令和3年2月15日までに提出され、かつ当初入所決定後に受け入れが可能な場合のみ選考の対象となります。それ以後に提出されたものについては5月以降の選考の対象となります。

入所が決定した場合でも、入所前の健康診断で集団保育が難しいと判断されたなど、特定教育・保育施設での保育が困難な場合には、決定を取り消すことがあります。

入所当初は、お子様の状態に応じて少しずつ時間を延長していく、ならし保育を行います。期間や保育時間はお子様ごとに異なります。

感染症（百日せき・はしか・水ぼうそう・おたふく風邪など）にかかった場合は、完治するまで登園できません。

利用者負担額は必ず期限内に納付してください。利用者負担額の滞納が続いた場合、児童福祉法第56条第10項の規定に基づき、地方税の滞納処分の例により給与・預貯金等の差し押さえなどの滞納処分を行うことがあります。

児童虐待の防止等に関する法律第6条により児童虐待等を発見した場合（虐待を受けたと思われる場合も含む）は児童相談所や日の出町子ども家庭支援センターに通告します。また必要に応じて警察にも通報します。

子ども・子育て支援法施行規則に基づく認定申請等に係る記載事項の個人番号（マイナンバー）について職権で閲覧することに同意します。なお、ご提供いただいたマイナンバーは子どものための教育・保育給付の支給に係る対象事務のみに利用し、それ以外の目的で利用いたしません。

上記の内容について同意します。

保護者（父） _____ 保護者（母） _____

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 : 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 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 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	

児童名

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 : 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 _____ 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、病気や発達のことなど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 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	