

令和8年度子どものための教育・保育給付
支給認定申請書 兼 保育施設等入所利用調整申込書
三 次 市 長 様
教育・保育給付の支給認定について、次のとおり申請します。

受 付 印

※この枠には記入しないでください。

保育所名	保育所(園)		
入所日	年	月	日
認定期間等	年	月	まで 標・短

申請日	年	月	日
フリガナ			
保護者氏名	生年月日	昭和 年 月 日	連絡先1
	個人番号		父・母(携帯・職場)・自宅・その他()
保護者住所	三次市		連絡先2
			父・母(携帯・職場)・自宅・その他()
			連絡先3
			父・母(携帯・職場)・自宅・その他()

※上記保護者を支給認定結果及び保育利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。
※特別な事情がない場合、扶養義務者のうち所得の多い方を保護者として申請してください。

フリガナ		性別	男・女	第 子	生年月日	令和 年 月 日
申請児童氏名						(歳 ヶ月)
個人番号						※令和8年4月1日時点の年齢を記入してください。

申請区分	1号認定(教育認定)	2号・3号認定(保育認定)	
利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用	<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間) (開所時間～18:30)	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間) (8:30～16:30)
	<input type="checkbox"/> 認定みゆきこども園 <input type="checkbox"/> 三次清心幼稚園 に願書を出しました。	保育を必要とする事由 【父】 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 【母】 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他	
利用開始希望日	<input type="checkbox"/> 令和 8 年 4 月 1 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 1 日から	終了(希望)日	<input type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> 年 月 末日まで
保育希望時間	時 分 ～ 時 分		

希望優先順位	利用希望施設	希望優先順位	利用希望施設
1	保育所(園)	4	保育所(園)
2	保育所(園)	5	保育所(園)
3	保育所(園)	6	保育所(園)

申請児童以外の父母及び同居所に住んでいる人で生計同一(世帯分離している人も含む)の人について記入してください。

家族状況(申請児童以外)	フリガナ氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先 又は 学校・保育施設等	同居別居	障害者手帳等	個人番号及び課税情報等閲覧
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意

該当に☑してください。

ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 証明書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
生活保護	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療の認定
令和7年1月1日現在の住所地	<input type="checkbox"/> 三次市内 <input type="checkbox"/> 三次市外(住所地:)
令和8年1月1日現在の住所地	<input type="checkbox"/> 三次市内 <input type="checkbox"/> 三次市外(住所地:)

※2号・3号認定申請の方は裏面の記入もお願いします。

【2号・3号認定申請のみ】 調査票

該当に☑してください。

保 育 児 童 の 状 況 の	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> その他(保育者名: _____ 児童との続柄: _____) </div>	
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設(_____) <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 一時預かり(_____ 保育所(園)) <input type="checkbox"/> 親族(児童との続柄 _____) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他(_____) </div>	
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 三次市に転入する前は(【保育施設名】 _____)に通っていました。	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)	
申 請 児 童 の 身 体 状 況 等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 【病名・症状】 _____	
	健診時の指摘事項, その他発達上の心配事や定期的な通院等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合, 以下に内容を記入してください)	
	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	市役所保健師等への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】 _____	
	専門機関への相談 (療育センター, 病院, こども家庭センター等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】 _____	
	アレルギー・アトピー等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合, 以下に詳細を記入してください) 【原因物質】 _____ 【内容】 _____	

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該当に☑してください。

<input type="checkbox"/> その他の施設等を利用する (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設(従業員枠) <input type="checkbox"/> 一時預かり)	
<input type="checkbox"/> 待機	<input type="checkbox"/> 育児休暇延長 <hr/> <input type="checkbox"/> 職場で保育する ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他 <hr/> <input type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/> 今回の利用申請を取り下げる	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

※以下は, 市の受付者記入欄です。(保護者の方は記入しないでください。)

提出者: 児童の() 受付者()		
年	月	日

父点数	母点数	代替点数	世帯点数	就労点数	兄弟点数	総点数