

記入例

教育・保育給付の支給認定について、次の

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。

※この枠には記入しないでください。

平日の昼間に連絡の取れる順に
記入してください。

申請日	令和8年 1月 10日	生年月日	昭和 平成 2年 1月 10日	連絡先1	080-0000-0000
フリガナ	ミヨシ タロウ	個人番号	000011112222	連絡先2	090-0000-0000
保護者氏名	三次 太郎				父・母(養育)・職場・自宅・その他()
保護者住所	三次市 三次町111-1				父・母(養育)・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
※特別な事情がない場合、扶養義務者のうち所得の多い方保育施設等入所申込のしおり7ページの年齢早見表を参照し、
令和8年4月1日時点の年齢を記入してください。

フリガナ	ミヨシ サクラ	性別	男・女	第3子	生年月日	令和 6年 10月 5日
申請児童氏名	三次 桜					(1歳 5ヶ月)
個人番号	33334444					※令和8年4月1日時点の年齢を記入してください。

1号認定の場合は、直接各園にご確認ください。

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"/> 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。	<input checked="" 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) 保育を必要とする事由 【父】 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> 年 月 末日まで
保育希望時間	8時 00分 ～ 18時 00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	〇〇〇 保育所(園)	4	●●● 保育所(園)
2	△△△ 保育所(園)		
3	□□□ 保育所(園)		

保育施設等に在園している兄弟姉妹がいる場合、
その施設名を必ず記入してください。

自営業(農業含む)の場合...

就労証明書に加え、直近の所得税確定申告の写し
(開業初年度の場合は開業届の写し)が必要です。

家族状況 (申請児童以外)	氏名	三ツ 太郎	父	TH SR 2年 1月 10日	勤務先 又は 学校・保育施設等	(株)〇〇〇〇商事	同居 別居	障害者 手帳等	個人番号及び 課税情報等 閲覧
	三ツ 花子	母	TH SR 4年 11月 10日	〇〇〇病院	同居・別居	〇有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意		
	三ツ 一郎	兄	TH SR 27年 11月 10日	〇〇〇小学校	同居・別居	〇有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意		
	三ツ 春子	姉	TH SR 2年 1月 10日	〇〇〇保育所	同居・別居	〇有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意		
	三ツ 梅子	祖母	TH SR 32年 2月 10日	農業	同居・別居	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意		
					同居・別居	〇有	〇同意		

「有」の場合は手帳等の写しを添付してください。
保育利用料減免の対象となる可能性があります。

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:〇無)
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
令和7年1月1日現在の住所地	<input type="checkbox"/> 三次市内 <input checked="" type="checkbox"/> 三次市外(住所地: 〇〇県〇〇市)
令和8年1月1日現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 三次市内 <input type="checkbox"/> 三次市外(住所地:)

保育利用料算定時に閲覧が
必要となるため、必ず「同意」に
チェックをお願いします。

※2号・3号認定申請の方は裏面の記入もお願いします。

記入例

【2号・3号認定申請のみ】 調査票

該当

保育の 申請 児童の 状況の	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している	⇒	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母	
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている	⇒	<input type="checkbox"/> その他(保育者名: 児童との続柄:)	
			<input type="checkbox"/> 事業所内保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設()	
			<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"/> 職場で保育している	⇒	<input type="checkbox"/> 知人 <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()			
※受入体制確保のため詳細に記入してください。 申請児童の身体状況	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	該当が有る場合は、 児童の安全確保のため 具体的に記入をお願いします。	
	療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	特別児童扶養手当証書	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【内容】		
		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【内容】		
	アレルギー・アトピー等	<input checked="" 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】 卵	【内容】 食べるとじんましんが出る。 つなぎは食べられる。			

【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 checked="" type="checkbox"/> 待機	<input checked="" type="checkbox"/> 育児休暇延長 <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 <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