

## 支三 記入例

施設等入所申請について、次の  
教育・保育給付の文書認定について、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 年 月 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					
保護者住所	三次市 三次町111-1					

※上記保護者を支給認定結果及び保育利用料の納入通知書に記載する場合は、扶養義務者のうち所得の多い方を記入してください。

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		1号認定の場合は、直接各園にご確認ください。				

※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 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)	
	<input type="checkbox"/> 認定みゆきこども園	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			
利用開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年 4月 1日から	終了(希望)日	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで		
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 1日から		<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	○○○ 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	との続柄	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
三次 太郎	ミヨシ タロウ	父	CH SR 2年 1月 10日 (株)○○○○商事	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
	ミヨシ ハナコ	母	CH SR 4年 11月 10日 ○○○病院	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
	ミヨシ イチロウ	兄	CH SR 27年 11月 10日 ○○○小学校	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
	ミヨシ ハルコ	姉	CH SR 2年 1月 10日 ○○○保育所	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
	ミヨシ ウメコ	祖母	CH SR 32年 2月 10日 農業	同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
				同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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。

該当にして下さい。

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:□無)
	<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
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: ○○県○○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

保申請の児童状況の 記入例	<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"/> その他(保育者名: )	児童との続柄: ( )	
	<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( ) <input type="checkbox"/> 一時預かり( ) <input type="checkbox"/> 親族(児童との続柄 ) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他( )	保育所(園) ( )	
	<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( )			
※受入体制確保のため詳細に記入	<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)	<p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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。</p>		
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 療育手帳			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容】			
	<input type="checkbox"/> アレルギー・アトピー等 【原因物質】 <b>卵</b>			<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) <b>【内容】</b> <b>食べるといんましんが出る。</b> <b>つなぎは食べられる。</b>
	ださい。			

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該當にしてください。

<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