

教育・保育給付認定申請書(現況届) 兼 保育所等入所申込書

※児童1人につき1枚必要です

次のとおり、施設室給付費・地域室保育給付費に付する。

9月の現況届を出されず現在通っている園を第一希望にされる方は「継続」、別の園を希望の方は「転園」、幼稚園・認可外保育施設・市外からの転園の方は「新規」となります。

【記入例】

提出日を記入してください。

(保護者)	ふりがな	せとうち たろう		氏名	瀬戸内 太		現住所	〒 701 - 4221 瀬戸内市邑久町尾		申込区分	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転園 <input checked="" type="checkbox"/> 新規		クラス年齢	3 歳児	
	氏名	瀬戸内 太		生年月日	平成 3 年 6 月 6 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)		保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input checked="" type="checkbox"/> 施設利用(施設名 〇〇保育園) <input type="checkbox"/> その他()	
対象児童	ふりがな	せとうち みらい		氏名	瀬戸内 未来		現住所	〒 - - (転入予定日: 令和 年 月 日)		申込区分	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転園 <input checked="" type="checkbox"/> 新規		クラス年齢	3 歳児	
	氏名	瀬戸内 未来		生年月日	平成 3 年 6 月 6 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)		保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input checked="" type="checkbox"/> 施設利用(施設名 〇〇保育園) <input type="checkbox"/> その他()	
保育の希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(保育標準時間)		保護者の有無	有		保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 無 (教育時間認定)		幼稚園	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害者手帳「有」の場合、手帳の写しを添付してください。(特別児童扶養手当や障害基礎年金を受給している場合も「有」に✓をし、証書等の写しを添付してください。)		
	<input type="checkbox"/> 無	(教育時間認定)		幼稚園	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		幼稚園	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		幼稚園	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		幼稚園	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
保護者	ふりがな	せとうち たろう		氏名	瀬戸内 太郎		勤務先等	ABC運送		障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		備考		
	氏名	瀬戸内 太郎		生年月日	令和6年1月1日現在の住所地		勤務先等	ABC運送		障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		備考		
保護者	ふりがな	せとうち はなこ		氏名	瀬戸内 華子		勤務先等	いろは病院		障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		備考		
	氏名	瀬戸内 華子		生年月日	令和6年1月1日現在の住所地		勤務先等	いろは病院		障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		備考		
家庭の状況	連絡先	1 自宅 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		連絡先	2 自宅 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇	
	連絡先	1 自宅 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		連絡先	2 自宅 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇		連絡先	〇〇〇〇	
対象児童と父母を除く	氏名	せとうち まさき		氏名	瀬戸内 将来		氏名	瀬戸内 茂雄		氏名	瀬戸内 愛子		氏名	瀬戸内 愛子	
	氏名	瀬戸内 将来		氏名	瀬戸内 茂雄		氏名	瀬戸内 愛子		氏名	瀬戸内 愛子		氏名	瀬戸内 愛子	
利用を希望する施設(事業者)	施設(事業者)名・希望理由	第1希望 邑久保育園 (希望理由) 自宅に近い		施設(事業者)名・希望理由	第2希望 福田保育園 (希望理由) 兄が入園していたため		施設(事業者)名・希望理由	第3希望 邑久ルンビニこども園 (希望理由) 自宅に近い		施設(事業者)名・希望理由	第4希望 今城こども園 (希望理由) 勤務地に近い		施設(事業者)名・希望理由	第5希望 希望なし (希望理由)	
	施設(事業者)名・希望理由	第1希望 邑久保育園 (希望理由) 自宅に近い		施設(事業者)名・希望理由	第2希望 福田保育園 (希望理由) 兄が入園していたため		施設(事業者)名・希望理由	第3希望 邑久ルンビニこども園 (希望理由) 自宅に近い		施設(事業者)名・希望理由	第4希望 今城こども園 (希望理由) 勤務地に近い		施設(事業者)名・希望理由	第5希望 希望なし (希望理由)	

・「利用区分」の欄は保育標準時間認定の場合のみ、保育短時間認定への変更が可能です。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄		必要とする理由							備考	
	父	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就学		<input type="checkbox"/> その他
			月の就労時間	被用者 自営業者	<input checked="" type="checkbox"/> 月160時間以上 <input type="checkbox"/> 月100時間以上	<input type="checkbox"/> 月140時間以上 <input type="checkbox"/> 月80時間以上	<input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月48時間以上				
		内職	<input type="checkbox"/> 月120時間以上	<input type="checkbox"/> 月80時間以上	<input type="checkbox"/> 月48時間以上						
			<input type="checkbox"/> 月160時間以上 <input type="checkbox"/> 月100時間以上	<input type="checkbox"/> 月140時間以上 <input type="checkbox"/> 月80時間以上	<input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月48時間以上						
		内職	<input type="checkbox"/> 月120時間以上	<input type="checkbox"/> 月80時間以上	<input type="checkbox"/> 月48時間以上						

それぞれ該当するものに✓してください。
就労の場合、就労証明書の月就労時間を確認し、該当するものに✓してください。

④兄弟姉妹で同時申込みの場合の入園条件（１）～（４）いずれかにチェックをしてください。

☐ (1) 希望する施設内で同じ施設に内定する場合のみ入園を希望する（同じ施設がない場合は兄弟姉妹全員が保留となります。）

☐ (2) 同じ施設優先だが、叶わなければ別園でもよい

☐ (3) それぞれの希望順位優先で、別々の園でよい

※ (2)②または(3)②にチェックの方は(4)もご回答ください

(4) ☐ 優先児童有（優先児童の名前： ）
（優先児童が入所となるまで、他の児童の入所もできません）

☐ 優先児童無

※ 1人だけまたは一部の児童のみの入園となった場合も、保育要件(就労など)を満たす必要があります。

兄弟姉妹で申込みをする場合は下記例を参考に該当するものに✓してください。

兄弟姉妹全員が内定とならない場合、1人でも内定すれば入園させたい → (4)へ

※ 1人だけまたは一部の児童のみの入園となった場合も、保育要件(就労など)を満たす必要があります。

※ 内定施設がない場合は入所保留となります。待機欄にチェックした方は、入所保留で施設に空きが出るまで待機となります。

⑤利用希望月に入園できなかった場合について

(1) 育児休業中の方 育児休業を ☐ 延長する（できる） ☐ 延長しない（できない）

(2) 求職中の方 求職活動を ☐ 休止する ☐ 継続する→ (3)へ

(3) 認可保育施設を利用できるまで他の施設等を利用する、または検討している方
→ ☒ 幼稚園 ☐ 認可外保育施設 ☐ 職場の託児所・提携保育施設 ☐ 一時預かり事業 ☐ 親族に預ける

入園できなかった場合について、該当するものに✓してください。

⑥申込児童について

(1) アレルギーの有無等 ☐ 無 ☒ 有（☒ ぜんそく ☐ アトピー ☐ アレルギー 物質名： ）

(2) その他 園へ伝える事 ☒ 無 ☐ 有→ (3)へ

(3) 具体的にチェック及びご記入ください。
→ 病院に相談している（病院名： ）
（相談内容： ）
療育に通っている（通所先： ） 診断名等：
その他気になる事等（ ）

申込児童について、当てはまるものがあれば✓してください。

⑦教育・保育給付認定申請及び保育所等入所申込みに当たっての署名欄 ※必ず自筆で署名してください。

(1) 市が施設 閲覧する この部分が「令和7年度」となっていることをご確認ください。

(2) 利用者負担額 義務に関する通知等は「申請者(保護者)が保育所等入所申込書に添付する」として、保育所等に送付すること。

(3) 「令和7年度保育・子ども園入園申込案内」の内容を理由として、保育所等に送付すること。

(4) 支給認定証の交付については、利用の可否のお知らせと併せて、上記の事項を確認のうえ、同意します。

同意事項をよく確認し、それぞれ自筆で署名してください。

保護者氏名（自署） 配偶者氏名（自署）

※兄弟姉妹で利用調整となる場合のフローチャート

