

# 記入例(新規利用)

多賀城市に転入予定で申込みする場合は、  
現住所(連絡が取れる住所)をご記入ください。

5 保育所等入所申請書兼教育・保育給付認定申請書 新規

多賀城市長 殿  
多賀城市福祉事務所長

次のとおり、関係書類を添えて保育施設入所及び教育・保育給付認定(2・3号)の申請をします。

住所	〒985-0831 多賀城市中央二丁目1-1		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 令和 4年 11月 18日 多賀城 太郎		
連絡先	父 090-xxxx-xxxx	母 080-xxxx-xxxx	自宅	022-xxxx-xxxx		
入所を希望する 保育所等(第一希望)	志引 保育所(園)		現在の 保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 保育所等( )		
児童氏名	多賀城 三子		生年月日 ・年齢	H(R) 4年 5月 8日生 (令和5年4月1日時点) 0歳		性別 男( )女( )
希望保育所等 *希望順に番号を 記入してください。	1	志引	5	八幡	桜木	泉
		大代		浮島	あかね	下馬みどり
		はるかぜ		つめ草	3 アルシュ	くりの木
		あずま		パンビ	ドリーム	笠神
		山王		せいがん	つむぎ野	2 メーデル
		明月		おおぞら	もりのなかま	れいんぼー
		きらり	4	リトル	まめまめ	
入所希望期間	令和 5年 4月 1日 から 令和 11年 3月 31日 まで					

\*希望した保育所の中で入所調整を行います。希望保育所数が多いと入所調整がつきやすくなりますが、調整がついた保育所をキャンセルした場合、その後の入所調整で優先度合いが下がります。  
\*入所日から、10日~1か月程度慣らし保育があり、早いお迎えとなります。

<同居家族の状況> (保育所入所希望児童を除いた令和5年4月1日の家族全員の状況を記入してください)

続柄	氏名	生年月日(年齢)	保育の必要事由等	障害者手帳等	市外在住
父	多賀城 太郎	T・S H・R 60年2月18日生(38歳)	就労(単身赴任中)	<input type="checkbox"/> 有( )	<input checked="" type="checkbox"/> R4.1.1 <input checked="" type="checkbox"/> R5.1.1
母	多賀城 花子	T・S H・R 60年4月25日生(38歳)	就労(育休中)	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> R4.1.1 <input type="checkbox"/> R5.1.1
兄	多賀城 一郎	T・S H・R 29年5月7日生(5歳)	○△□幼稚園	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> R4.1.1 <input type="checkbox"/> R5.1.1
兄	多賀城 二郎	T・S H・R 31年6月24日生(3歳)	志引保育所	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> R4.1.1 <input type="checkbox"/> R5.1.1
祖父	宮城 正一	T・S H・R 28年9月25日生(64歳)	障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有( 身体障害 )	<input type="checkbox"/> R4.1.1 <input type="checkbox"/> R5.1.1
祖母	宮城 正子	T・S H・R 32年9月25日生(66歳)	高齢	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> R4.1.1 <input type="checkbox"/> R5.1.1

\*実際の同居家族を記載してください(世帯分離をしている祖父母や住民票のない同居人も記載)。

\*該当する方は次に記入してください。

父または母がない理由	<input type="checkbox"/> 離婚( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 死別( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居( 年 月 日頃から ) ⇒ (離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
生活保護法の適用	生活保護担当者名( ) 保護開始( 年 月 )

<児童の健康状態> \*下記記載内容(別紙含む。)に誤りや虚偽があった場合、利用調整後に施設から入所決定を受けられない場合があります。

これまでまたは現在 かかっている病気等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他( ) ) 有の場合 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 小児ぜんそく <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎( )型 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他( )
発達遅延・障害等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疑い) <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 有・経過観察中の場合
アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: )

保護者として記載された方が、  
保育料の納入義務者となります。

施設名を記載してください。

通える範囲をお考えの上で、  
記載してください。  
<参考>  
例年3歳未満児の特機児童が  
生じるため、3歳未満児の入  
所の場合は、希望施設を多め  
にすることをおすすめします。

くりの木、小規模、事業所内は  
0~2歳児までが対象です。

入所を希望する期間(最長4/1  
~小学校入学前)の日付を記  
載してください。

入所児童本人以外の世帯員  
全員の状況及び入所児童本  
人からみた続柄を記載してく  
ださい。

発達支援センター・企業主導型  
保育事業所を利用している場合  
は在園証明書が必要です。

身体障害者手帳、精神障害者保健  
福祉手帳、療育手帳、特別児童扶  
養手当、障害基礎年金等を交付・  
受給状況を記載してください(要添  
付書類)。

個別相談票に具体的に記載し  
てください。

保育所で除去食を対応するに  
は、入所面接時に医師の診断  
書が必要です。

※申請書の記載内容により、必要となる添付資料は、入所案内に記載があります。必ずご覧ください。

**ボールペンで必ず記載してください。  
鉛筆、ゲルインキボールペン(消せるインキを使用したもの)等で  
記載された申請書は受付をいたしません。**

**記載例のコメントをよく読んでお書きください。**

<保育を必要とする事由>

		父	母	
就労	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( )	
	事業名・住所	名称:株式会社〇〇〇 住所:福岡県太宰府市〇〇〇3丁目2番1号 連絡先: 092 - △×△ - △×△×	名称: ×××歯科医院 住所: 多賀城市△〇2丁目3番4号 連絡先: 022 - ××× - 〇〇〇〇	
	就労日数	1か月平均 25日 就労時間: 1日平均 9時間	1か月平均 20日 就労時間: 1日平均 7時間	
	就労形態	<input type="checkbox"/> シフト制 ⇒ 時 分～ 時 分の間 <input checked="" type="checkbox"/> 固定制 ⇒ 8時 00分～ 17時 00分勤務	<input checked="" type="checkbox"/> シフト制 ⇒ 9時 00分～ 18時 00分の間 <input type="checkbox"/> 固定制 ⇒ 時 分～ 時 分勤務	
	土曜勤務	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	育休	年 月 日まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上予定有	令和5年 6月 14日まで取得予定 <input checked="" type="checkbox"/> 切上予定有	
その他	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: ) <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの ) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: ) <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの ) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 出産予定(予定日 年 月 日)	
	同居の祖父		同居の祖母	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他( )	
その他	事業所名称・住所	名称: 住所: 連絡先:	名称: 住所: 連絡先:	
	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: ) <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの ) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 病気(診断名: ) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名: ) <input type="checkbox"/> 看護・介護(だれの ) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )	

該当する方全員の事由を記載してください。

育児休業中の方は、記入もれないようにお願いします。保育所入所できた場合に、育児休業の切り上げを行う予定のときは、この欄へのチェックが必要です。切り上げを行わない、行えないときは、入所を取り消す又は退所いただくことがあります。

保育を必要とする事由により区分が異なります。入所案内をよく読み、その上で希望する区分にチェックを入れてください。育児休業中は原則短時間ですが、ならし保育期間中に限り、復帰後の利用時間区分とすることができます。

延長保育は、入所定員のなかでさらに定員を設定しているため、希望に添えない場合があります。その場合、入所を優先するか否かを記載してください。

内容をよく読み、署名してください。

<教育・保育給付認定> \*求職活動中、育児休業中の保護者は保育短時間の認定になります。

利用時間区分の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間まで)
保育所利用希望時間	平日 8時 30分から 18時 30分まで
	土曜 <input checked="" type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 利用有 有の場合 時 分から 分まで

\*利用時間区分は、教育・保育給付認定基準により多賀城市が決定するため、希望と決定される区分が異なる場合があります。

<延長保育B> \*求職活動中、育児休業中の保護者は利用できません。

延長保育の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合	利用頻度 <input type="checkbox"/> 常時必要 <input checked="" type="checkbox"/> 時々必要 18時 30分までの利用希望
延長保育の利用ができない場合の入所無 <input checked="" type="checkbox"/> 入所する <input type="checkbox"/> 入所しない		

保育所(園)入所及び教育・保育給付認定の申請に当たり、次の事項について同意します。

- 入所決定に伴う保育料算定に必要な申請者及び同居親族の所得等調査のため、関係部署や関係市町村から課税資料(住民税額、所得税額)を閲覧・収集されること。
- 申請書に記載されている事項又は記載されている者について、利用調整及び教育・保育の運営上で必要な情報が、施設・事業者へ提供されること。
- 保育を必要とする事由、世帯構成等に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。

保護者氏名 多賀城 太郎

保育所(園)入所及び教育・保育給付認定の申請に当たり、(受任者氏名) 多賀城 花子 に対して申請行為を委任します。

保護者氏名 多賀城 太郎

\*この申請書に記載された内容が事実と相違した場合、教育・保育給付認定及び保育施設入所を取り消すことがあります。

●年齢及び保育の実施期間早見表

年齢	生年月日	保育終了年月日
5歳児	平成29年4月2日から平成30年4月1日生まれ	令和6年3月31日
4歳児	平成30年4月2日から平成31年4月1日生まれ	令和7年3月31日
3歳児	平成31年4月2日から令和2年4月1日生まれ	令和8年3月31日
2歳児	令和2年4月2日から令和3年4月1日生まれ	令和9年3月31日
1歳児	令和3年4月2日から令和4年4月1日生まれ	令和10年3月31日
0歳児	令和4年4月2日生まれから	令和11年3月31日