様式第２号（第６条関係）

教育・保育給付認定申請書兼入園申込書

受付印

—				
認定結果				
１・２・３号			標 準 ・ 短	
ひとり親	障がい	第3子	特記有	入 力

（宛先）松山市長

子ども・子育て支援法第２０条に基づく教育・保育給付認定及び特定教育・保育施設等の入園について関係書類を添えて次のとおり申請し，支給認定証の交付を希望します。なお，保育料の決定に必要な関係書類は毎年度提出します。また，保育料の決定に関して必要な課税情報及び資格情報（障がい者，児童扶養手当，ひとり親家庭医療費助成）等を松山市長が閲覧すること並びにその情報に基づき決定した保育料等について，特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者				
	現住所	松山市　　町　　丁目　　番(地)　　号　（マンション名等：　　）		
	ふりがな		電話	(自宅)　—　—
	氏　名			(携帯)父　—　—
				母　—　—
	マイナンバー			
	入園の前年１月１日の住所（松山市以外の方のみ記入）	（都・道・府・県）		（市・区・町・村）

記 入 日　　年　　月　　日

	続柄	氏	名	生年月日	性別	勤務先(職業)又は学校名等	費用負担	市民税 均等割	市民税 所得割
対象となる子ども	ふりがな			年　月　日					
	1 本人			入園希望年度の４月１日現在の年齢（　）才	男・女				
	マイナンバー								
対象となる子どもの家族状況（同居の家族を全員記入。父母は別居でも記入）	ふりがな			年　月　日					
	2 父				男				
	ふりがな			年　月　日					
	3 母				女				
	ふりがな			年　月　日	男・女				
	4								
	ふりがな			年　月　日	男・女				
	5								
	ふりがな			年　月　日	男・女				
	6								
	ふりがな			年　月　日	男・女				
	7								

見本

◎**太枠内**と**裏面**を黒のボールペンで御記入ください。不備・漏れがあった場合は、入園選考に影響します。

決定	希望する施設名等		見学済（済なら✔）	左記の施設を希望する理由(該当する番号に○を付けてください。複数可)
	第1希望		□	1．自宅に近い　2．勤務先に近い　3．通勤経路　4．兄弟姉妹入所中　5．その他(　　)
	第2希望		□	1．自宅に近い　2．勤務先に近い　3．通勤経路　4．兄弟姉妹入所中　5．その他(　　)
	第3希望		□	1．自宅に近い　2．勤務先に近い　3．通勤経路　4．兄弟姉妹入所中　5．その他(　　)
	第4希望		□	1．自宅に近い　2．勤務先に近い　3．通勤経路　4．兄弟姉妹入所中　5．その他(　　)
	第5希望		□	1．自宅に近い　2．勤務先に近い　3．通勤経路　4．兄弟姉妹入所中　5．その他(　　)

利用を希望する期間等	年　月初日から 1．小学校入学まで 2．　年　月末日まで	保育を必要とする理由（該当する番号に○を付けてください。）	1．就労　2．妊娠・出産　3．保護者の疾病・障がい　4．親族の介護又は看護 5．災害復旧　6．求職活動　7．就学　8．虐待・配偶者からの暴力 9．その他（　　）

生活保護の適用（　有　・　無　・　申請中　）

課長	
リーダー	
担当	

裏面あり ･･･>

◎太枠内は全員記入が必要です（※空欄不可）。 太枠以外については該当者のみ記入してください。

父母の状況（就労以外の場合）

出産	出産予定日		年　月　日	病院名				
病気	父・母	病名		発病年月日	年　月　日			
		病院名		入院期間	～			
		通院開始日	年　月　日	通院回数	月　回	週　回		
		現在の病気の状態						
障がい	父・母	障がい名						
		身体障害者手帳	有・無	精神障害者保健福祉手帳	有・無	療育手帳	有・無	障害年金	有・無
		保育上不自由なこと						
看護	父・母	被看護者名		続柄		看護予定期間		
		通院又は入院している病院名				病人の状態		
		障がい名						
		身体障害者手帳	有・無	精神障害者保健福祉手帳	有・無	療育手帳	有・無	障害年金	有・無
就学	学校名			在学期間	年　月　日　～　年　月　日まで			

祖父母の状況（死亡・離別等についても氏名欄に死別・離別と必ず記入してください。）

父方	祖父	氏名		年齢	歳	住所		世帯	同居・別居	就労 有・無
	祖母				歳				同居・別居	有・無
母方	祖父	氏名		年齢	歳	住所		世帯	同居・別居	就労 有・無
	祖母				歳				同居・別居	有・無

世帯の状況

ひとり親世帯のみ記入	児童扶養手当受給者証の交付　（有・無　理由　　） ひとり親家庭医療費受給者証の交付（有・無（理由　　）） ※ どちらも交付を受けていない方は戸籍謄本の提出をお願いします。
障害者手帳等を所持している方がいる世帯のみ記入	身体障害者手帳の交付　（有・無）　精神障害者保健福祉手帳（有・無）　療育手帳（有・無） 特別児童扶養手当の支給（有・無）　障害年金等の受給　（有・無） ※「有」の場合，手帳等の写しの提出をお願いする場合があります。

対象となる子どもの状況

子どもの現在の状況

該当する番号等に○を付けてください。

1. 家にいる（保育をしている人　続柄　　）
2. 仕事先へ連れて行っている（保育施設　　有・無　　）
3. 一時預かりを利用（施設名　　）
（利用開始日　　／　　～　　月平均利用日数　　日）
4. 幼稚園に在籍（施設名　　）
5. 認可外保育施設に在籍（施設名　　）
↳ **継続利用**（ **可** ・ **不可**（不可の理由： 卒園予定 ・ その他　　））
6. その他の預け先（　　）

他の就学前の兄弟・姉妹の状況

該当する番号等に○を付けてください。

1. 保育園や幼稚園又は認定こども園に在籍（ 1号・2号又は3号 ）
（施設名　　）
2. 家にいる（保育をしている人　続柄　　）
3. 仕事先へ連れて行っている（保育施設　　有・無　　）
4. 一時預かりを利用（施設名　　）
（利用開始日　　／　　～　　月平均利用日数　　日 ）
5. 認可外保育施設に在籍（施設名　　）
6. その他の預け先（　　）

子どもの健康状態等

健康状態	良・否	病気名等（　　）	手帳	療育手帳（有・無）　身体障害者手帳（有・無）
食事（いずれかに○）	普通食・離乳食（初期・中期・後期・完了期）		発達状況（児童発達支援事業所等利用）	有・無	相談機関・事業所名
アレルギー	有（内容：　　）・無（又は不明） ↳ 器具別：　有・無		障がい	有・無	障がい名（　　） 相談・治療機関名（　　）
その他，スペースの都合上書ききれなかったことや，子どもの日々の生活で注意していること，注意して欲しいことがあれば記入してください。					

育児休業中の申込みの場合

該当する番号に○を付けてください。

1. 希望する保育所等に入所できない場合は、育休延長も許容できる。
（選択した場合，減点とする。）
2. 直ちに復職希望である。

二人以上の申込みの場合

該当する番号等に○を付けてください。

1. 一人だけでも入園を希望する
2. 全員が同時に入所できるなら別々の施設になってもかまわない。
↳ **A．希望順位を優先する**
B．希望順位が下位でも，同じ施設への入所を優先する。
3. 全員が同時に同じ施設に入所できるまで待つ。

入所希望月から入所できない場合

該当する番号に○を付けてください。

1. 入所できるまで待つ。
2. 入所申込みを取り下げる。
（入所希望月のみの申請）

※取下げ後に入所保留の通知が必要な場合は，改めて申込みが必要です。

見本