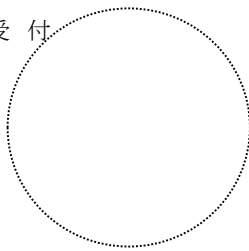


受付



ほいくしせつとうりようもうしこみしょ  
**保育施設等利用申込書**

施設名			
児童氏名			
児童番号	1	2	3

四條畷市長 宛

令和 年 月 日

※ いずれか選択

新規申込  
 認定区分変更  
 1号→2号  
 2号→1号

保護者※	住所	四條畷市		
	フリガナ			
	氏名			
	前住所地	令和4年1月1日→( )市		
電話 <small>(優先的に使う連絡先を○で囲んでください)</small>	自宅	—	—	
	携帯(父)	—	—	
	携帯(母)	—	—	

※ 上記の保護者は、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者となります。

ほいくしせつ じぎょう しよう つぎ  
**保育施設・事業の利用について、次のとおり申し込みます。**

子どもの氏名	生年月日	性別	個人番号(12桁)
フリガナ	平・令 年 月 日	男・女	
利用を希望する施設名 (1号申請)			
利用を希望する施設名 (2・3号申請) ※希望施設・事業は通える範囲でご記入ください。 ※希望した施設・事業に限り、利用調整を行います。 ※転出や家庭の事情などで、申し込みを辞退する場合は、すみやかに連絡してください。	第1希望		第5希望
	第2希望		第6希望 以下  (希望順に記入してください)
	第3希望		
	第4希望		
保育を希望する期間	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> ~ 小学校就学前まで	
	ならし保育の希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※2・3号申請の場合のみ記入	<input type="checkbox"/> ~ その他( 年 月 日まで)	
保育を希望する曜日・時間 ※2・3号申請の場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時 分 ~ 時 分	
支給認定証の状況	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定 <input type="checkbox"/> 認定なし	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	
現在利用している保育施設	( 転入の場合のみ 市 )		

きょうだいしまい しようもうしこみ ばあい  
**兄弟姉妹で利用申込をしている場合**

※該当する番号に「○」または必要事項を記入してください。

1. 同時期に同施設でのみ利用希望。	
2. 1人でも利用希望。(優先順位あり) 優先順位 上の子・下の子 (入所できなかった子の預け先: )	
3. 1人でも利用希望。(優先順位なし) (入所できなかった子の預け先: )	
4. 同時期であれば別々の施設でも利用希望。	【同時期に利用決定した場合】※いずれかに「○」をつけてください。 1. 希望順位どおりの利用希望。 2. 希望順位を落としても同施設を利用希望。
その他:(上記に記載がない場合の希望)	

しんせいじどう じょうほう  
申請児童の情報

障がい者手帳等の情報	無 ・ 有 (身体障がい者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障がい者保健福祉手帳) 期間 平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
特別児童扶養手当	無 ・ 有 期間 平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
アレルギー情報	無 ・ 有 ( )
気になることがあれば ご記入ください	無 ・ 有 (有りの場合は具体的にご記入ください)

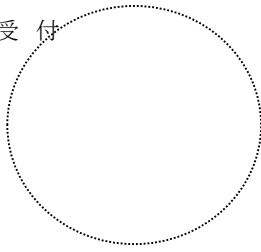
せたい じょうきょう  
世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 )
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (平・令 年 月 日保護開始) (C/W )
母の出産予定	<input type="checkbox"/> 有 / 出産予定日 (令和 年 月 日) ・ <input type="checkbox"/> 無
育休中の場合の取扱い ※該当者のみ記載 ※2・3号認定のみ	<input type="checkbox"/> ①入所選考において令和 年 月入所選考から通常どおりの順位付けとなることを希望する。 <input type="checkbox"/> ②育児休業を延長することが可能なため、令和 年 月入所選考から他の申込者の優先を希望する。 ※「育児休業の延長が可能な場合の取扱いに関する誓約書」を提出

- 1 父母のほか同居している人 (父母が扶養している別居の人も含む) 全員 (世帯分離している人も含む) について記入してください。
- 2 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合は、 対象にチェックを付けてください。

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減対象施設	同居の有無	障がい者手帳等の有無
世帯構成員		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			
		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			
		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			
		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			
		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			

受付



きにゅうれい 2・3号

保育施設等利用申込書

Table with columns for Facility Name, Child Name, and Child Number (1, 2, 3)

四條畷市長 宛

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※ いずれか選択

- 新規申込
□認定区分変更
□1号→2号
□2号→1号

Main applicant information table including address (四條畷市 中野本町1番1号), name (保育 太郎), and phone numbers (携帯(母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

※ 上記の保護者は、支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者となります。

保育施設・事業の利用について、次のとおり申し込みます。

Child information and application details form including child name (保育 元気), birth date (4年4月20日), gender (男), and preferred facilities (〇〇保育園, 〇〇こども園)

兄弟姉妹で利用申込をしている場合 ※該当する番号に「〇」または必要事項を記入してください。

Application preferences table with 4 numbered options for simultaneous and sequential facility use.

しんせいじどう じょうほう  
申請児童の情報

障がい者手帳等の情報	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (身体障がい者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障がい者保健福祉手帳) 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
特別児童扶養手当	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
アレルギー情報	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( )
気になることがあれば ご記入ください	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (有りの場合は具体的にご記入ください)

せたい じょうきょう  
世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="radio"/> 非該当 ・ 該当 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 )
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 非該当 ・ 該当 ( 年 月 日保護開始 ) ( C / W )
母の出産予定	<input type="checkbox"/> 有 / 出産予定日 ( 令和 年 月 日 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
育休中の場合の取扱い ※該当者のみ記載 ※2・3号認定のみ	<input checked="" type="checkbox"/> ①入所選考において令和 <b>5</b> 年 <b>4</b> 月入所選考から通常どおりの順位付けとなることを希望する。 <input type="checkbox"/> ②育児休業を延長することが可能なため、令和 年 月入所選考から他の申込者の優先を希望する。 ※「育児休業の延長が可能な場合の取扱いに関する誓約書」を提出

- 1 父母のほか同居している人 (父母が扶養している別居の人も含む) 全員 (世帯分離している人も含む) について記入してください。
- 2 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合は、 対象にチェックを付けてください。

区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	多子軽減対象施設	同居の有無	障がい者手帳等の有無	
世帯構成員	保育 太郎	S 60・4・1	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	父	<input type="checkbox"/> 対象	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
		勤務先/通学先等	(株)〇〇〇〇	個人番号 (12桁)	000000000000	000000000000	000000	
	保育 花子	S 60・9・1	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	母	<input type="checkbox"/> 対象	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
		勤務先/通学先等	(株)〇〇〇〇	個人番号 (12桁)	000000000000	000000000000	000000	
	保育 さつき	H 26・4・2	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	姉	<input checked="" type="checkbox"/> 対象	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
		勤務先/通学先等	〇〇小学校	個人番号 (12桁)	000000000000	000000000000	000000	
			・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無
			勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)			
		・ ・	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 対象	有 ・ 無	有 ・ 無	
		勤務先/通学先等		個人番号 (12桁)				

