

# 2023年度 松山きし保育園入園申込書

受付印

—				
認定結果				
1・2・3号			標準・短時間	
ひとり親	障がい	第3子	特記有	入 力

記入日

年 月 日

(あて先) 松山きし保育園

子ども・子育て支援法第20条に基づく支給認定および特定教育・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世帯情報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) 号方書( )		
	ふりがな			
	氏 名	印		
	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)

◎表面の太枠内と裏面をボールペンで記入ください。  
不備・漏れがあった場合は入所選考に影響します。

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

決定	希望する施設名等	左記の施設を希望する理由(該当する番号に○をつけてください。複数可)
	第1希望 松山きし保育園	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	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○をつけてください。) 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)	

課 長

リーダー

担 当

父母の状況（就労の場合） ※障害者手帳等を所持している場合は、該当項目の記入をお願いします。

父	勤務地の住所	勤務時間	時 分 ~ 時 分	休日	曜日、祝日、不定休
母	勤務地の住所	勤務時間	時 分 ~ 時 分	休日	曜日、祝日、不定休

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	発 病 年 月 日	年 月 日				
病 気	父・母	病 院 名	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 名							
障 が い	父・母	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 基 礎 年 金	有・無
		保 育 上 不 自 由 な 事 項							
		被 看 護 者 名	続 柄	看 護 予 定 期 間					
看 護	父・母	通院また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 基 礎 年 金	有・無
		就 学	学 校 名	在 学 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで				

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。
世帯に障害者手帳等を所持している方がいる場合のみ記入	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） 障害基礎・厚生・共済年金等の受給（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。

祖父母の状況（死亡等についても記入してください。）

父 方	祖父	住所	氏名	歳	同居・別居	就 労（勤務先：）・無職
	祖母	住所	氏名	歳	同居・別居	就 労（勤務先：）・無職
母 方	祖父	住所	氏名	歳	同居・別居	就 労（勤務先：）・無職
	祖母	住所	氏名	歳	同居・別居	就 労（勤務先：）・無職

対象となる子どもの状況

現 在 の 子 ども の 状 況	該当する番号に○をつけてください。			兄 弟 ・ 姉 妹 の 就 学 の 前 況 の 状 況	該当する番号に○をつけてください。			二 人 以 上 の 申 し 込 み の 場 合	該当する番号に○をつけてください。						
	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）	6. その他の預け先（）		1. 保育園等に入園している（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. 幼稚園に在籍（施設名）	6. 認可外保育施設に在籍（施設名）	7. その他の預け先（）
健 康 状 態 等 の 子 ども	健康状態	良・否（病気名等：）									入 園 希 望 月 から 入 園 でき ない 場 合	該当する番号に○をつけてください。			
	障 が い	無・有	障 が い 名（相談・治療機関名（））									1. 入園できるまで待つ			
		療 育 手 帳	有・無	身 体 障 害 者 手 帳	有・無			2. 入園申し込みを取り下げる							
	アレルギー	不明・無・有（内容：）													
その他、子どもの日々の生活において注意していることがあれば、記入してください。															