

令和8年度 保育所等入所申込書

【申込日】 年 月 日

大山崎町長 様



保護者	保護者名	フリガナ		記載された保護者を保育料の代表納付義務者として各種通知書等を発送します。	
	住所	大山崎町字 小字			
	連絡先TEL	自宅		父携帯	母携帯

保育所等の入所について、次のとおり申込します。
また、保育所等入所を円滑に行うため、町母子保健担当部署で管理している健診結果等の情報を保育所等と共有することに同意します。

入所する児童	フリガナ 氏 名 個人番号（12桁）		生年月日	令和8年 4月1日現在の年齢	性別	同一世帯内兄弟姉妹同時申請の場合		
	フリガナ		年 月 日	歳	男 ・ 女	同時に申請する児童数 (本児含まない)	本児との続柄 【該当に☑を記入】	
						人	☐ 兄 ☐ 姉 ☐ 弟 ☐ 妹	
入所を希望する 保 育 所 等	以下の保育所・小規模保育施設のうち、希望される施設の「希望欄」に希望順位を記入ください。（最大第6希望まで記入可）なお、希望されない施設の「希望欄」は、記入しないでください。					兄弟姉妹の在園状況	兄弟姉妹がすでに入所している保育所等に☑を記入してください。	
	利用できる 保育施設	施設	利用可能年齢	保育施設名			希望欄	☐ 大山崎町保育所
				大山崎町立大山崎町保育所			第 希望	☐ 第2保育所
				大山崎町立第2保育所			第 希望	☐ 第3保育所
		小規模 保育施設	利用可能年齢	保育施設名			希望欄	☐ 大山崎さくらの里保育園
				大山崎さくらの里保育園			第 希望	☐ 京都先端科学大学附属 みどりの丘保育園
				京都先端科学大学附属 みどりの丘保育園			第 希望	☐ ひかり保育園大山崎町
保育の利用を希望する期間		年 月から	入所以後継続して保育を希望しない場合		終了月	年 月まで		
保育の利用を希望する時間（平日）		開始時間	時 分	終了時間	時 分			
保育の利用を希望する時間（土曜日）		開始時間	時 分	終了時間	時 分			
入 所 す る 児 童 の 世 帯 構 成 及 び 同 居 人 の 状 況	フリガナ 氏 名 個人番号（12桁）		入所児童との続柄	生年月日	性別	現在の勤務先 現在の通園（学）等名	勤務先等の電話番号	
	フリガナ		父	年 月 日				
	フリガナ		母	年 月 日				
	フリガナ			年 月 日	男・女			
	フリガナ			年 月 日	男・女			
	フリガナ			年 月 日	男・女			
	フリガナ			年 月 日	男・女			
	フリガナ			年 月 日	男・女			
	※世帯の別は関係なしに同居されている方をもれなく記入してください。							
	※以下父及び母の記載欄については、別居（単身赴任等）は関係なしに記入してください。							
※以下内容は、記入不要です。								
時間区分	標準時間			短時間			保育	
内定区分	大山崎町保	第2保	第3保	さくらの里	みどりの丘	ひかり		

【世帯の状況について】

住居等	令和7年1月1日現在の住所 ※令和7年1月2日以降に大山崎町へ転入された方のみ記入してください				
世帯について ※該当する場合のみ☑を記入してください	【世帯状況】		【確認・記入事項】		
	☐	ひとり親家庭	①いわゆる事実婚となる相手の方がおられる場合については、左記の☑の対象とはなりません。 ②事実婚となる相手の方と同居されている場合は、必ず裏面世帯構成員の欄に氏名等を記入ください。 ③保育料算定については、事実婚となる相手の方の市町村民税額を含み算定されます。 (事実婚となる相手の方の市町村民税課税証明書の提出が必要となることがあります。)		
	☐	在宅障がい児(者)のいる世帯	対象者氏名		障害者手帳等の証明できる書類の写しを提出してください。
	☐	生活保護世帯			

【児童の保育状況について】 (該当する番号・箇所に○又は☑、内容を記入してください)

入所前の児童の状況について (1～6のいずれかを選択)	1	自宅で保育	選択→	父 ・ 母	4	委託	選択→	親族(続柄：) ・ 知人	
	2	同伴就労	選択→	父 ・ 母	5	保育所等	記入→	名称	
	3	職場内託児所	選択→	父 ・ 母	6	その他	記入→	詳細	
申込時点において保護者のいずれかで育児休業取得中の場合は☑を記入ください					☐	対象者	父 ・ 母		
入所保留となった場合の代替手段について、上記の番号より選択してください				選択	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6				
					育児休業の取得延長をする場合は、右欄口に✓を記入ください。				☐

【児童の健康状況について】 (該当する箇所に○又は内容を記入してください)

生育暦	出産時異常	無 ・ 有		有の場合	現在の状態				
出生時体重	g			妊娠週数	週				
健康状態	健康 ・ やや弱い ・ 病弱								
	治療中の病気もしくは経過観察の有無			有 ・ 無	有の場合	治療中 ・ 経過観察・定期受診中			
	病名			症状					
	保育における留意事項								
	※子どもに治療中の病気もしくは経過観察が有りの場合は「集団保育が可能かどうかを記載した医師の診断書」の提出が必要となる場合があります。係員に申し出てください。								
	手術経歴	無 ・ 有	有の場合	時期	年 月 日	病名			
	今までにかかった大きな病気	無 ・ 有	有の場合	時期	歳	内容			
健診	乳児前期健診	受けていない ・ 受けた	受けた場合	指導事項の有無	無 ・ 有	有の場合【内容】			
	乳児後期健診	受けていない ・ 受けた	受けた場合	指導事項の有無	無 ・ 有	有の場合【内容】			
	1歳半健診	受けていない ・ 受けた	受けた場合	指導事項の有無	無 ・ 有	有の場合【内容】			
	3歳健診	受けていない ・ 受けた	受けた場合	指導事項の有無	無 ・ 有	有の場合【内容】			
	発達相談を受けたこと	無 ・ 有	有の場合	相談機関			相談内容		
療育	無 ・ 有		有の場合	療育機関名(利用頻度)		(回/週)			
障害者手帳	身体障害者手帳	無 ・ 有	有の場合	障がい名			等級	1・2・3・4・5・6	
	療育手帳	無 ・ 有	有の場合	障がい名			等級	A ・ B	
アレルギー	無 ・ 有		有の場合	原因物質			現在の状況		
	除去食の必要	無 ・ 有	有の場合	必要な対応					
	7フィクシ-症状	無 ・ 有	有の場合	必要な対応					

【育児休業の延長に関する確認事項について】 (該当する場合は○をしてください。)

☐	希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できます。
-----------------------	------------------------------------

※「○」を付けられると利用調整に当たっての調整点数を減点します。減点が不要の場合は絶対に「○」をしないでください。
 ※この確認事項は「減点するのみ」であり、保育施設が決定しないことを保証するものではありません。
 調整を行い、希望する保育所等に対する申請状況によっては入所が決定する場合があります。