令和9年度 支給認定申請書兼入所申込書【2号・3号認定用】（新規）

佐賀市受付欄
受付者：

（あて先） 佐賀市長 様 ・ 施設長 様

施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定について、次のとおり申請します。

申請日	令和 〇 年 〇 月 〇 日

保護者			連絡先		（連絡順）
	郵便番号	840-8501			
	住所	佐賀市栄町1番1号	自宅		
	フリガナ	サガ サンタロウ	父（携帯等）	090-××××-△△△△	2
	氏名（自署）	佐賀 三太郎	母（携帯等）	080-〇〇〇〇-××××	1

※本人確認書類の写しを添付される場合は、記名でも可能です。代理人が記載する場合は委任状を添付した上で、代理人の代筆としてください。

入所児童	（フリガナ）	サガ エイタロウ	年齢 R9.4.1現在	生年月日（元号）
	（氏名）	佐賀 栄太郎	2 歳	令和 6 年 9 月 12 日

※保育の必要性について
・父母いずれかが求職中の場合は、希望によらず短時間です。
・「2」を希望の場合は、就労証明書等により審査を行います。

保育の実施を希望する期間	令和 9 年 4 月 1 日 から 令和 10 年 3 月 31 日 まで
保育の必要量※	☐ 1.短時間を希望 ☐ 2.ひと月の総就労時間は120時間に満たないが、恒常的に延長保育の利用が必要なため、標準時間を希望

入所希望	希望施設名	希望理由	見学
第1希望	〇〇保育園	自宅に近く兄が通っているため	☑ 済 ☐ 未
第2希望	△△こども園	母の職場への通勤途中のため	☑ 済 ☐ 未
第3希望	認定こども園□□	父の職場への通勤途中のため	☑ 済 ☐ 未
第4希望	◇◇保育園	〃	☑ 済 ☐ 未
第5希望			☐ 済 ☐ 未
第6希望			☐ 済 ☐ 未

その他
①入所希望施設への「きょうだい児」の有無 ☑ 有 ☐ 無
②1号認定での幼稚園・認定こども園の併願 ☐ 有 ☐ 無
併願している施設名（ ）

希望施設に入所できない場合、案内希望の有無	☐ 他の保育施設を希望する ☑ 希望している保育施設に入所できるまで待つ
きょうだい同時申込の場合	☐ 同一園同時入所のみ希望 ☐ 同一園に入れない場合、別々の園でも可 ☐ 先に1人だけでも入所希望（第 子）

《家庭の状況》
住民票が別世帯でも同居の方は全員記入が必要です。また、別居の父母**（単身赴任中の父など）**は最下欄に記入し、備考欄に住所を記載してください。

保育の必要性 該当する番号を記入してください（複数選択可）
1.就労 2.妊娠出産 3.疾病・障がい 4.介護・看護 5.災害復旧 6.求職活動 7.就学 8.復職予定の育休

入所児童との続柄	氏名	年齢 R9.4.1	生年月日	保育の必要性	勤務先・学校等	備考
父	佐賀 三太郎	38	S 63 年 10 月 2 日	1	さがしの警備	
母	佐賀 花子	37	H 1 年 11 月 20 日	1・2	佐賀市役所(妊娠中)	
姉	佐賀 夢子	9	H 29 年 12 月 3 日		〇〇小学校	
兄	佐賀 いちたろう	5	R 3 年 7 月 14 日		〇〇保育園	
祖父	佐賀 太郎	67	S 34 年 10 月 3 日		農業	
祖母	佐賀 久子	62	S 39 年 6 月 15 日			

世帯状況（世帯状況に該当するものがある場合は☑を付け、必要事項を記載してください。）

☐ 母子・父子世帯（別居のみは非該当） ※児童扶養手当の受給 ☐ ☐ ☐ 継続中	☑ 出産予定日 令和 9 年 5 月 12 日	☐ 障がい者同居世帯	☐ 生活保護世帯（受給開始年月日） 年 月 日

R9.1.1の住所地（佐賀市外の場合）		R8.1.1の住所地（佐賀市外の場合）	小城市三日月町

ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ（個人番号）	入所児童												
	保護者（続柄： ）												
	保護者（続柄： ）												

※「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」および「子ども・子育て支援法施行規則」の規定により、申込書にはマイナンバー（個人番号）の記載が必要です。（父母ともに記入してください）
申込書の提出時には、マイナンバーおよび本人確認ができるものをお持ちください。

※祖父母欄は、**同居別居に関わらず記載が必要**です。ただし、住所地が佐賀市外の場合は市町名までの記載で構いません。（故人については斜線を引いてください。）

父方	祖父氏名	佐賀 太郎	祖母氏名	佐賀 久子	住所	佐賀市栄町1番1号
母方	祖父氏名		祖母氏名	小城 市子	住所	小城市三日月町

※以下、市記入欄

児童番号		世帯		決定時間	標準 ・ 短
基準点登録		システム入力		基準点		支給認定	

申込補助票

【重要】記載内容に不足または不備があり、施設の受入態勢に影響を及ぼす場合は、内定（入所や利用等）が取り消される場合があります。

児童名	フリガナ　サガ　エイタロウ 佐賀 栄太郎 （　令和6 年 9月12日生）	第 3 子	(男)・女・非選択	担当者記入欄 来庁者：児童・父・母・その他（　　） ならし保育伝達　済・未

現在の保育状況	家庭保育（主な保育者 母　　） 他の保育施設（　　） その他（　　）		集団生活の経験 有・無	認可保育所（園） 認定こども園 地域型保育施設 幼稚園 認可外 ※利用施設名(　　) 日数(　)	
出生時体重	3, 300g	現在の体重	13 (kg)	かかりつけ医	

体質	ひきつけをおこしたこと	(ない)	ある(　回／直近　歳　ヶ月のころ)(服薬 有・無)	
	アレルギー体質ですか		・食物アレルギー((卵) 牛乳 その他（　　))	
	検査（未・済）	いいえ	(はい)・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎	
			・その他（　　）	
	現在の栄養法	母乳 ・ 粉ミルク	離乳食（前期・中期・後期）・(幼児食) ・ 普通食	
	その他	（　　）		
運動	首のすわり	4 ヶ月ころ		
	最初に歩いたころ	1 歳	2 ヶ月ころ	
	手足の運動で気にかかるところ	(ない)	ある（　　）	

眼	眼は	(よく見える)	あまり見えない	（症状や受診状況　　）
耳	耳は	(よく聞こえる)	あまり聞こえない	（症状や受診状況　　）
言語・理解（月齢相応）	0歳児記入不要	まわりの話が (よくわかる)	あまりわからない	（症状や受診状況　　）
		話すことが (できる)	できない（簡単な言葉しか話さない 全く話さない）	
		一つの言い付けに従って行動が (できる)	できない	
		絵本を見て絵が (わかる)	わからない	

障害者手帳の有無　(無)　有
- ・身体　（等級　　級）（部位　　）
- ・療育　（等級　　級）（症状　　）
- ・精神　（等級　　級）（症状　　）

○乳幼児健診について

・最近受けた乳幼児健診	歳　ヶ月健診を	受けた	受けていない
・1歳6ヶ月健診を		(受けた)	受けていない
・3歳6ヶ月健診を		受けた	受けていない
・何か言われたことがありますか	ない	(ある)	*(1ヶ月健診時に股関節が固いと言われたがその後問題なし)*

○発達が遅いと感じることがありますか	(ない)	ある（　　）	
○日常生活で心配なことがありますか	(ない)	ある（　　）	
○集団生活で心配なことがありますか	ない	(ある)（*集団生活が初めてで馴染めるか不安*）	
○日常生活で特に介助が必要なことがありますか	ない	(ある)（*食べるときに介助が必要*）	
○入院したことはありますか	(ない)	ある	（直近　歳　ヶ月ころ） （病名　　）
○現在治療中の病気がありますか	(ない)	ある	（病名　　）

（薬：塗布薬（　回／日（朝・昼・夕））　服薬（　回／日（朝・昼・夕））

補助票に記入された内容については、お子様の保育の円滑な実施のため、入所した保育施設(園)へ情報提供いたします。また、お子様の健康増進(健康診査・予防接種・乳幼児健診等)のために、佐賀市及び佐賀県の保健担当課が情報を利用させていただくことがあります。