

受付担当	父	勤証	ほか不足書類等	受付番号		選考基準指数
	母			子どもコード		



保育園等入園申込書兼子どものための教育・保育給付認定申請書 (新規) <保育園等申込書 1 / 4 >

清瀬市長 殿

- ① 保育料決定のため、私の世帯の課税状況を確認すること、状況確認及び保育料決定のため、清瀬市より請求された各種必要書類を提出期限までに提出すること。
- ② 入園の申込書及び就労証明書の内容について必要な情報を在籍する園に提供すること。
- ③ 保育園等通園要件を継続的に満たしていること。
- ④ 本申込書の内容に事実と相違があった場合、入園（内定）の取消しや退園となること。
- ⑤ 申込書に記載された事項、支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、保育園等に対して提示すること。
- ⑥ 4月入園申込みを行う場合は、認定事務及び利用調整事務が集中するため、審査に時間がかかる場合があります。
- ⑦ 申込後または入園後に申込内容に変更が生じた場合はすぐに届け出ること。
- ⑧ 入園後に就労等の保育要件を満たさなければ入園の取り消しや退園となること。
- ⑨ 保育園の利用にあたって何かしらの齟齬があった場合、「保育園等入園のしおり」を参考にしてください。

・「令和5年1月2日以降に清瀬市に転入」された方は、申込みの際に住民税課税（非課税）証明書の提出をお願いいたします。
 ・「令和5年1月1日以前から清瀬市在住」であっても、未申告の場合には税情報の確認ができませんので、予め清瀬市課税課市民税係にて所得の申告をしてください。

子どものための教育・保育給付認定、保育園等への入園申込、及び

【代表保護者】

令和 5 年 11 月 6 日

(住所) 〒 204 - 8511

- ・第1希望のみのお申込みの場合、選考の際に▲1点の減点が入ります。
- ・申込時点で空きがない保育園についても希望することができます。
- ・記入した園のみが選考の対象となります。
- それ以外の園に欠員があっても選考の対象にはなりません。

転入された方は「令和6年度保育園等入園のしおり」(P.8)をご確認ください。下記の住所地で取得した該当年度の課税・非課税証明書が必要です。

過去2年以内に清瀬市へ転入 (転入日) 令和5年2月1日

● 令和5年1月1日時点の住所

左記と同じ住所

それ以外 → 所沢市東所沢

● 令和6年1月1日時点の住所

申込書提出時点ではなく、申込年度の4月1日時点の年齢で記入してください。

○入園申込について ※清瀬市外の保育園等を希望の場合は自治体名もご記入ください。

申込児童	フリガナ	キョセ ヒマワリ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>
	氏名	清瀬 ひまわり			30 年 10 月 1 日	(令和6年4月1日時点の年齢: 5 歳)
入園を希望する 保育施設名称	第1希望	第◆保育園	第4希望	△△保育園		
	第2希望	★★保育園	第5希望	東京都東村山市 ○△保育園		
	第3希望	○○保育園	第6希望			
入園できない場	ゆりかごファーストスクール及びちやいんど保育園を希望する方は、注意事項をよく読んで確認欄に✓をお願いします。					<input type="checkbox"/> 認可外保育施設・幼稚園等を利用する
申込時の 確認事項	※ 第6希望を超える希望を記入した場合、それ以降は選考の対象となりません。 ※ 認定こども園のみに入園する際、制服代等の支払いが必要になりますのでご注意ください。 ※ ゆりかごファーストスクール及びちやいんど保育園の申込をする方は、利用時間が8:30~16:30の保育短時間認定となります。					<input checked="" type="checkbox"/> 確認しました (記載例)
保育の実施を 希望する期間	令和 6 年 4 月 1 日 から	<input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 就学始	清瀬市外の保育園を希望される場合は、別途、その入園希望園の所在自治体の規定する入園申込書・期限内に申込みが必要です。			

○入園児童の家庭の状況 ※お子様を含む家族と同居の方全員について

生活保護の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日受給開始)	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	
障害者手帳等の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 申込児童 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 () ※手帳の写しを添付してください。			
家族・同居人の構成	フリガナ	続柄	生年月日	家族の状況 (職業・学校名・園名等)
	氏名			※別居の場合は住所をご記入ください。
	保護者	キョセ タロウ	父	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
		清瀬 太郎		5 年 4 月 2 日
				清瀬市役所
				保護者の連絡先: 090-1234-5678
保護者	キョセ ハナコ	母	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	
	清瀬 花子		6 年 2 月 1 日	
			清瀬市役所	
			保護者の連絡先: 080-9876-5432	
申込児童	キョセ ヒマワリ	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	清瀬 ひまわり		30 年 2 月 1 日	
上記以外の家族・同居人	キョセ サザンカ	姉	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	清瀬 さざんか(〇〇県〇〇市1-2-3)		29 年 2 月 1 日	〇〇小学校 1年
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
			年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
				<input type="checkbox"/> 別居

入園希望月時点での状況を記入してください。
 申込み時点では未就学児でも、入園希望月時点で小学生の場合は入学予定の学校名を記入してください。

- ・同居世帯員をすべてご記入ください。
- ・世帯が別であっても、生計を一とする場合はご記入いただき、この欄に住所もご記入ください。(記入漏れ等がある場合、保育料が正しく算定されない場合がございます)
- ・単身赴任等で別居の方がいる場合や扶養しているお子様が別居の方がいる場合には、名前の横に住所を記入してください。

保育を必要とする事由		父の状況										母の状況									
該当項目を <input type="checkbox"/> して(ください)		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
		居宅外 居宅内 求職活動 不存 疾病 心身障害 介護 技能取 就学 災害 その他										居宅外 居宅内 求職活動 不存 出産 疾病 心身障害 介護 技能取 就学 災害 その他									
① 働いている場合 (内定含む)		・第三者に雇用されている場合 …… 「他人」 ・自営業の方 …… 「本人」 ・配偶者の協力者の場合 …… 「配偶者」 ・親族経営の会社に勤めている場合 …… 「親族」 に✓をつけてください。 ※「他人」以外の方については、就労証明書の他に別途必要な書類があります。										清瀬市役所 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 内定									
勤務先の所在地		東京都清瀬市中里五丁目842番地										東京都清瀬市中里五丁目842番地									
(勤務先電話)		(042 - 497 - 2086)										(042 - 492 - 8511)									
事業主との関係		<input checked="" type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族										<input checked="" type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族									
仕事の内容		事務										事務									
就職/異動年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 26 年 4 月 1 日										<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 20 年 4 月 1 日									
勤務日数		22 日間 / 1ヶ月平均										22 日間 / 1ヶ月平均									
勤務時間 (休憩時間含む)		(8 時 30 分 から 17 時 15 分 まで)										(8 時 30 分 から 17 時 15 分 まで)									
通勤時間		(片道) 時 10 分 (主な通勤手段) 自転車										(片道) 時 10 分 (主な通勤手段) 自転車									
土曜日の勤務		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 隔週)										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 不定期)									
定休日		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 月 火 水 木 金 土 日										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 火 水 木 金 土 日 不定期									
育児休業		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定)										令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定)									
② 求職活動中		(前勤務先)										(前勤務先)									
		(退職日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日										(退職日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日									
③ 不存在		(事由) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他)										(事由) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他)									
		(異動日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日										(異動日) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日									
④ 出産		産前産後 (出産予定月の前後2か月) に上の子の保育をする場合 ※母子手帳の写しを添付してください。										(出産予定日) 令和 年 月 日									
												(保育利用期間) 令和 年 月 1 日 から 令和 年 月 末 日 まで									
⑤ 疾病		(疾病名) ・入院 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ・外来 回 / 1月あたりの通院数										(疾病名) ・入院 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ・外来 回 / 1月あたりの通院数									
⑥ 心身障害		(障害名) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 … 種 級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 … 度 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 … 級										(障害名) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 … 種 級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 … 度 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 … 級									
⑦ 介護・看護		(患者の氏名)					(介(看)護先) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他)					(介(看)護時間) 時間 / 1日平均					(介護度) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 要支援				
		(疾病名)																			
⑧ 技能習得/就学		(学校名)					(学校名)					(終了予定日) 令和 年 月 日					(終了予定日) 令和 年 月 日				
		(受講日数) 日間/週 (時 分 から 時 分 まで)					(受講日数) 日間/週 (時 分 から 時 分 まで)														
⑨ 災害/その他		(状況を記入)																			

※子育て支援課母子保健係や子どもの発達支援・交流センター「とことこ」等に健康状態の情報を求める場合があります。

出生時の状況 ()	・出生時の体重 (3,000 g) ・妊婦期 ・出生時の体重 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方は詳細を記載してください。	発達の状況 ()	健康診査結果 要観察の場合は母子手帳の写しを添付してください。 3～4か月 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 6～7か月 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 9～10か月 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 1歳半 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 3歳 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ※健康であっても写しの提出を求める場合があります。	障害者手帳等の有無 写しを添付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 (度) <input type="checkbox"/> その他 ()
	現在の状況 () <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他・検査中・経過観察含む 診断名等を具体的に記載してください。		継続的に通院治療等や発育発達の相談や療育機関の利用がありますか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※ 受診状況により主治医意見書の提出が必要です。 はいの方は下記を記載してください。 ・入園希望であることを主治医等に話していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・主治医等に集団生活が可能と判断されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・主治医意見書(市指定様式等)はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・病院・専門機関名 () ・病名・症状・内容 ()	

健康状況 ()	予防接種状況 それぞれの接種回数を記入してください。 記入の際は母子健康手帳の記録を参考に記入をお願いします。内容によっては医師の診断書等の提出をお願いする場合があります。 ・四種混合(DPT-IPV) (回) ・BCG (1 回) ・麻しん・風しん(MR) (1 回) ・水痘(水ぼうそう) (2 回) ・日本脳炎 (2 回) ・その他 () (回)	食物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方は食品名を記載してください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 () ・アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	食物以外のアレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方は詳細を記載してください。 ・アレルギーの種類 () ひきつけの経験 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方は詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん ・ひきつけ回数 (回) 最終: 歳 月 日 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (度)
	健康上・発達上気になることや食事等で生活上配慮が必要なことを記載してください。 アレルギーはありませんが、食べ物の好き嫌いが激しく、気に入らないものは食べないことが多いです。 些細な事でも構いませんので、正確にご記入ください。		

お子様が0歳～1歳くらいまでの様子をお答えください。(申請時3歳以降は●のみお答えください。)

●首がすわったのはいつですか (3 か月頃) ・見えない方向から呼ばれると振り向きたり、目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・大人が「ちょうだい、おいで」というとわかりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・後追いはしましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・離乳食は順調にすすんでいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	・バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・指をさして、取ってほしいものや見てほしいことを伝えようとしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●ひとりすわりをしたのはいつですか (歳 7 か月頃) ●ひとり歩きを始めたのはいつですか (歳 11 か月頃) ●意味のある言葉を発したのはいつ頃ですか (2 歳 6 か月頃)
---	--

1歳以上のお子様についてお答えください。(申請時4歳以降は●のみお答えください。)

・スプーンを使って1人で食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・肉や繊維のある野菜をよく噛んで食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・食事は座って食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●食べ物の好き嫌いがありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●嫌いな食べ物 (生野菜) ●起床時間 午前 7 時 分頃 ●就寝時間 午後 9 時 分頃 ●お昼寝をしますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ → (時 分 ~ 時 分) ●トイレはひとりでできますか ・おしっこ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・うんち <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・衣服の着脱は1人でやろうとしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・いつも指しゃぶりをしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・1人で階段をのぼれますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・クレヨンなどで丸(円)を書きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・好きな遊びはなんですか ()	・自分の名前が言えますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・2語文会話「ワンワンキタ」などできますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・発音ははっきりしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●大声・奇声をあげることがありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●激しく叩いたり、噛みついたりすることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●一か所にじっとしていられなかったり、落ち着かなく動き回ったりしますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●高いところに登ったり、急に飛び出したりしますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●お友達とごっこ遊びができますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●はさみで紙をまっすぐ切れますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●色(信号等)はわかりますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●衣服の着脱は1人でできますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●片足でケンケンができますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

○申込児童の保育状況 ※該当するものに□にチェックし、ご記入ください。

申込児童の現在の保育状況	入園できなかった場合の保育予定
<input checked="" type="checkbox"/> (<input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父) が保育している <input type="checkbox"/> 保護者が自宅で仕事をしながら見ている <input type="checkbox"/> 保護者が勤務先に連れていく (保育施設 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 保育施設の利用 (保育時間 : 時 分 から 時 分 まで) (施設名 :) ※認可外保育施設を月極で利用し	<input checked="" type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父) が保育する <input type="checkbox"/> 育児休業の延長 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業を延長し、入園できるまで待機する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長し、申込月以外の入園は希望しない <input type="checkbox"/> 認可外保育施設の利用 (<input type="checkbox"/> 入所予定 <input type="checkbox"/> 在園中) (施設名 :) <input type="checkbox"/> 未定

時々利用する認可外保育施設についてもご記入ください。

申込み月以外の入園を希望しない方は、選考結果通知後、子育て支援課窓口にて申込みの取下が必要です。

○祖父母の状況について ※同居の祖父母が65歳未満の場合は「保育を必要とする児童」で保育が可能な場合もご記入ください。

父 方	祖 父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 健康	フリガナ	住 所	生年月日	職 業
		<input type="checkbox"/> 傷病	氏 名			
<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 死別	(TEL)	(- -)			
母 方	祖 母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 健康	フリガナ	住 所	生年月日	職 業
		<input type="checkbox"/> 傷病	氏 名			
<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 死別	(TEL)	(- -)			
母 方	祖 父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 健康	フリガナ	住 所	生年月日	職 業
		<input type="checkbox"/> 傷病	氏 名			
<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	(TEL)	(- -)			
母 方	祖 母	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 健康	フリガナ	住 所	生年月日	職 業
		<input type="checkbox"/> 傷病	氏 名			
<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	(TEL)	(- -)			

・「同居」している場合……「住所」の記入は不要です。
 ・「死別」している場合……「氏名」「住所」「生年月日」「職業」の記入は不要です。

兄弟姉妹で同時申込みをする方は、希望する選択肢に必ず✓を付けてください。

○兄弟姉妹で同時期に申込みする場合 ※該当する方のみご記入ください。

兄弟姉妹全員の同時期の入園を希望する ※兄弟姉妹が同時期に入園するため希望順位が低い施設になることがあります。

同時期に全員が同園に入園することを希望する。入園できるまで待つ。
 同時期に別々の園でも全員が入園することを希望する。

1人だけでも入園を希望する ※1人だけ入園決定の場合でも就労等の在園要件を満たさなければ退園となります。

入園希望順位 ① _____ ② _____ ③ _____
 (入園を希望される児童を順番に記入してください)

入園できなかった児童は _____ に預ける予定である。

○保育料確認欄

※兄弟姉妹に係る保育料に未納がありません。

※保育料は1か月単位となっています。在園中にお休みや月途中で退園された場合でも1ヶ月分の保育料がかかります。

※所得や家庭状況等の修正による保育料の変更が生じた場合、申請又は確認がとれた翌月から保育料が変更になります。

この場合、保育料の変更は申請のあった年度に限ります。

※転入した方については、マイナンバー番号連携による情報照会を行うことがあります。

確認了承しました

メモ欄