

(宛先) 京都市長

記入例

次のとおり、保育利用申込内容を変更します。

令和8年4月保育利用申込みの一次調整受付分（令和7年11月14日締切）で、申請内容の変更を希望する場合、申請先の子どもはぐくみ室（第一希望の保育施設・事業所が所在する区役所・支所）に、こちらの届を令和7年12月12日必着で提出が必要です。		日
届出者 住所・連絡先		日
太枠内は記入必須です。		
変更に係る児童	氏名 (ふりがな)	届出者 年 月 日生
	氏名 (ふりがな)	届出者 年 月 日生
第一希望の 保育施設・事業所名 (変更前)		第一希望の 保育施設・事業所名 (変更前)
変更前の第一希望の保育施設・事業所を記入ください。		第一希望の 保育施設・事業所名 (変更前)

変更する項目に☑し、変更後の内容を記入してください。

☐ 保育の利用期間・保育時間

以下は、変更がある項目をを☐のうえ、変更後の内容を御記入ください(変更がない箇所は記入不要)。

保育利用の開始希望日	☐ 令和8年 月 日	☐ 年 月 日
希望保育時間	午前・午後 時 分 から 午後 時 分 まで	

☐ 利用を希望する保育施設・事業所 ※希望施設変更の場合、変更後の希望施設を以下に全て御記入ください。

ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望
児童氏名	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未
上記以外 の希望	☐希望する☐希望しない		
希望する保育施設・事業所を変更する場合、変更後の希望する保育施設・事業所を全て記入してください(希望順に変更がない保育施設・事業所も含めて全て記入をお願いします)。			
ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望
児童氏名	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未
上記以外 の希望	☐希望する☐希望しない		
希望する保育施設・事業所を変更する場合、変更後の希望する保育施設・事業所を全て記入してください(希望順に変更がない保育施設・事業所も含めて全て記入をお願いします)。			
ふりがな	第1希望	第2希望	第3希望
児童氏名	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未	所在区() 見学: 済・未
上記以外 の希望	☐希望する☐希望しない		
希望する保育施設・事業所を変更する場合、変更後の希望する保育施設・事業所を全て記入してください(希望順に変更がない保育施設・事業所も含めて全て記入をお願いします)。			

☐ 育児休業からの復帰による保育申込みの場合

- ☐ ①利用調整において、通常通りの順位付けとなることを希望します。
- ☐ ②育児休業を延長することが可能であり、利用調整において他の利用希望者よりも後の順位付けとなることに不服はありません(調整指数-70点)。
- ※ ②を選択しても、育児休業給付金の受給において不利に働くことはありませんが、詳細を確認したい場合はハローワーク等にお問い合わせください(案内冊子P7)。

☐ マイ保育園・マイこども園を登録している場合

登録: ☐ 無 ☐ 有(有の場合、登録施設名:)

☐ 現在の保育の状況

マイ保育園・マイこども園の登録をされた場合は、上記への記入に加え、登録の際に届くメールの写し又はマイ保育園・こども園登録証明書を御提出ください。

児童氏名	現在の保育の状況 ※ ①～⑭を選択	利用している施設名	()	☐小規模からの卒園
児童氏名	現在の保育の状況 ※ ①～⑭を選択	利用している施設名	()	☐小規模からの卒園

※ 現在の保育の状況(⑤から⑭を選択した場合、施設名等をご記入ください。複数選択可。)

① 父親又は母親が自宅でみている	② 祖父又は祖母がみている	③ 親族に預けている(祖父母以外)
④ 父親又は母親が職場でみている(⑨～⑭を除く)	⑤ 幼稚園・認定こども園(幼稚園部分)	⑥ 一時保育
⑦ 認定こども園(保育園部分)・保育園(所)	⑧ 小規模保育事業所・事業所内保育事業所(地域枠)等	⑨ 事業所内保育事業所(従業員枠)
⑩ 企業主導型保育事業所(地域枠)	⑪ 企業主導型保育事業所(従業員枠)	⑫ 認可外保育施設(従業員用)
⑬ 認可外保育施設(⑩～⑫除く)	⑭ その他(内容を「利用している施設名」欄に記入)	

□ 複数のきょうだいが保育利用をする場合

(1) □ きょうだいが既に保育施設・事業所を利用している（申込児童の入園時点で卒園・退園する場合を除く）。

- きょうだいが利用している施設を第一希望で申し込む □ きょうだいと別園を希望する
- 在園児童と同じ保育施設を利用できない場合は、在園児童の転園を希望する（様式7（I-32）を提出）

(2) □ きょうだいが同時に保育施設・事業所の利用を申し込む（①～⑦いずれかにチェック）

入園時期及び利用施設	
<input type="checkbox"/> ①同一園を同時に利用できる場合のみ利用を希望する。	
<input type="checkbox"/> ②同一園の同時利用を希望するが、難しい場合は別園での同時利用ができる場合も希望する。	
<input type="checkbox"/> ③同一園を希望するが、難しい場合は優先する児童（ <input type="checkbox"/> 上の子 <input type="checkbox"/> 下の子）から先に利用を希望する。次回以降の利用調整は、（ <input type="checkbox"/> 同一園のみ <input type="checkbox"/> 別園でも可）である。	
<input type="checkbox"/> ④同一園を希望するが、次回以降の利用調整利用できない児童の保育希望	保育施設・事業所を変更される場合、きょうだいの入園時期及び利用施設の区分も併せて御確認ください。
<input type="checkbox"/> ⑤別園であっても同時利用ができる場合のみ希望する。	
<input type="checkbox"/> ⑥別園であっても同時利用を希望するが、難しい場合は入所可能な児童から先に利用を希望する。	
<input type="checkbox"/> ⑦その他（様式7（I-32）を提出）	

※ ①～⑥のうち、①②⑤は一人でも未入所となるきょうだい児がいる場合、全員未入所となります。③④⑥は場合によって、きょうだい児の入所時期が異なります。

□ 保育士等としての勤務（保育士証等の資格がわかる資料の写しを提出してください。）

保育士等としての勤務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（勤務中（予定）事業所所在地 <input type="checkbox"/> 京都府内（下記も記入してください。） <input type="checkbox"/> 京都府外（加点対象外）	
資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お持ちの資格を選択してください。） 保育士・保健師・看護師・准看護師・管理栄養士・栄養士 ・調理師・幼稚園教諭（※）・小学校教諭（※）・養護教諭（※） （※は保育所（園）、認定こども園、預かり保育を実施している幼稚園のみ対象）	勤務先施設（予定含む）

□ 申込児童の状況（以下の事項に該当する場合は対象児童名及び状況を詳細に記入してください）

保健福祉センターでの健診の指導・助言	受診済の健診 <input type="checkbox"/> 4か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 8か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 3歳児健康診査 対象児童名（ ） 〔 健診での指導・助言内容があれば以下に御記入ください。 〕
障害者手帳等の取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） └ 手帳の種類（身体障害者手帳（ 級）・療育手帳（ ）・精神障害者保健福祉手帳（ 級）） └ 内容 { }
福祉サービス又は障害児通所支援の利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） ※ 保育利用 ※ 「有」の場合、受給者証の写しも保育申込書類と併せて御提出ください。 申込児童の状況について、申請時の記載内容から変更があった場合は、記入のうえ御提出ください。
アレルギー・食事制限・服薬等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） └ 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（診断名： ） └ アレルギー対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（エピペン使用・完全除去・一部除去・その他（ ）） └ 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） └ 服 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬剤名： 服薬時間： ） ※ 可能な限り保育時間外の服薬となるよう、医師に御相談ください。
定期的な通院状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） └ 内容 { }
医療的ケアの状況 医療専門職による処置が必要な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） └ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 呼吸管理 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他、集団生活における留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象児童名（ ） └ 内容 { }

※ 医療的ケアの実施を希望する場合は事前相談が必要です。

※ 適切な教育・保育サービスを提供するため、利用調整・あっせん・要請に関し必要な情報について、京都市から特定教育・保育施設等に対して情報提供することがあります。

□ その他（特記事項がある場合は記入してください）