

--	--	--

(宛先)

春日井市長

整理番号 第	号
--------	---

令和2年度 保育利用申込書 兼
施設型給付費・地域型保育給付費教育・保育給付認定申請書(2・3号認定用)

保 護 者	住 所	〒 ー 春日井市	
	氏 名	電 話 () ー	ー
		携帯電話 (父) ー ー	ー
		(母) ー ー	ー

受付印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定を申請するとともに、利用の申込みをします。
なお、必要な場合は、春日井市において市民税に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む)、生活保護及びひとり親手当の受給状況、障がいの手帳の状況について確認されることに同意します。あわせて、当該申請書に記載された事項及びその情報に基づき決定した利用者負担額について、施設に対して提供されることに同意します。

利用申込児童氏名		生年月日		年齢	性別	保育年数
ふりがな		平成 ・ 令和 年 月 日生		令和2年4月1日現在 満 歳	男・女	年保育
利用を 希望す る施設	第一希望	第二希望	第三希望	第四希望	第五希望	第六希望

上記の希望する施設のいずれにも入園できない場合、他の施設に入園するための調整を行うことを 希望する ・ 希望しない

同居する世帯員氏名	生年月日	年齢 〔R2.4.1 現在〕	児童 との 続柄	性別	勤務先又は学校・保育園等名
	S H . .		父	男	
	S H . .		母	女	
	T H S R . .			男・女	
	T H S R . .			男・女	
	T H S R . .			男・女	
	T H S R . .			男・女	
兄弟姉妹の施設申込	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	園名	児童名	

平成31年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 春日井市内	<input type="checkbox"/> 春日井市外 住所
令和2年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 春日井市内	<input type="checkbox"/> 春日井市外 住所

施設利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
入園を希望する理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害等 <input type="checkbox"/> 育児休業中(1~3年保育のみ) <input type="checkbox"/> その他()
現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 父・母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 在園中 園名() <input type="checkbox"/> 知人が保育 <input type="checkbox"/> 職場へつれて行く <input type="checkbox"/> 認可外施設等 施設名()

家 庭 状 況

		母 親 の 状 況				父 親 の 状 況							
就 労 ・ 就 学	事業所名												
	勤務地												
	開始(予定)年月日	年 月 日				年 月 日							
	勤務時間 (正規)	平日	時	分	～	時	分	平日	時	分	～	時	分
		土曜	時	分	～	時	分	土曜	時	分	～	時	分
	短縮勤務の場合	時 分 ～ 時 分				時 分 ～ 時 分							
	通勤方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(市内最寄り駅)				<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(市内最寄り駅)							
通勤時間	片道 分				片道 分								
疾 病 ・ 障 が い	病名・障がい名	(診断書 有・無)				(診断書 有・無)							
	手帳の有無	有 (級) ・ 無	第 号		有 (級) ・ 無	第 号							
	状 況	・ 入院 (年 月 日から) ・ 自宅療養 ・ 通院通所 (月 ・ 週 に 回)				・ 入院 (年 月 日から) ・ 自宅療養 ・ 通院通所 (月 ・ 週 に 回)							
	病院・施設名												
看 護 ・ 介 護	対象者	続柄 ()				続柄 ()							
	病名・障がい名	(診断書 有・無)				(診断書 有・無)							
	手帳の有無	有 (級) ・ 無	第 号		有 (級) ・ 無	第 号							
	状 況	在宅	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護				<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護						
		通所 通院	週 日、日中 時間を要する 病院・施設名 ()				週 日、日中 時間を要する 病院・施設名 ()						
出 産	予定日(出産日)	年 月 日 予定 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠である											
	母子手帳番号	※多胎妊娠の場合は、それぞれの番号を記入ください											
求職中		<input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動をする予定				<input type="checkbox"/> 求職活動中・求職活動をする予定							
不 存 在	理 由	<input type="checkbox"/> 離婚・未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 離婚・未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	発生時期	年 月 日 (頃) から				年 月 日 (頃) から							

※太枠の中のみ記入してください。事実と相違した場合は入園を取り消すことがあります。

育児休業中での保育園利用の希望ですか(1～3年保育のみ)	
いいえ ・ はい	休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日
育児休業の延長を希望しますか	
いいえ ・ はい	はいの場合、入園の利用調整はせず入園保留とします。改めて入園を希望される場合は、再度申込みが必要です。
申込児童及び児童と同居している家族内で、身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている人はいますか	
いいえ ・ はい	手帳の種類及び級・判定 () 対象者氏名 ()
生活保護を適用中ですか	
いいえ ・ はい	適用開始日 年 月 日

祖 父 母 の 状 況	氏 名		住所	年齢 (R2.4.1現在)	就労状況	健康状態 (該当する場合)	
	母 方	祖父			歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
		祖母			歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
	父 方	祖父			歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
		祖母			歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護

