

(宛先)

認定こども園

整理番号 第 号

令和9年度 保育利用申込書

申請日 令和 年 月 日

保 護 者	現住所	〒		
	氏 名		電 話 ()	—
			携帯電話 (父) — (母) —	

受付印

次のとおり、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。

希望認定区分		1号 ・ 2号 ・ 3号 (新規 ・ 号変更)				
利用 申込 児童	氏 名		生年月日		年齢	性別
	ふりがな		令和 年 月 日生		令和9年4月1日現在	男 ・ 女
					満 歳	
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	第七希望	第八希望	第九希望	第十希望	
利用 申込 児童と 同居し ている 家族	氏名		生年月日	年齢 〔R9.4.1 現在〕	児童 との 続柄	勤務先又は学校・保育園等名
			S H . .		父	
			S H . .		母	
			T H S R . .			
			T H S R . .			
			T H S R . .			
			T H S R . .			

現住所が市外の場合、市内転入後の住所

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 (2・3号希望者のみ)	母親	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 育児休業中(2歳児クラス～年長クラスのみ) ☐ その他()
	父親	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 育児休業中(2歳児クラス～年長クラスのみ) ☐ その他()

希望保育時間	平日 時 分 ~ 時 分 土曜(希望者のみ) 時 分 ~ 時 分
--------	----------------------------------

家庭状況確認書(2・3号認定希望者のみ)

入園を希望する理由に応じて、父親と母親の状況を次の内から一つ記入してください。

児童氏名											
児童生年月日 令和 年 月 日											
母親の状況	外勤・内職・就学・自営	事業所(学校)名			雇用開始(予定)日			年 月 日			
		勤務(予定)地									
		☐ 単身赴任	赴任先住所		赴任(予定)期間						
		勤務時間(正規)			平日 時 分 ~ 時 分		土曜 時 分 ~ 時 分				
		通勤(通学)方法			☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ 公共交通機関 (市内最寄り駅)						
	出産	予定日		年 月 日 予定		☐ 多胎妊娠である					
	障 疾 が 病 い ・	病名・障がい名			病院・施設名						
		手帳の有無			☐ 無 ☐ 有 手帳の種類及び級・判定 ()						
		状況			☐ 入院(年 月 日から) ☐ 自宅療養 ☐ 通院通所 月 ・ 週 回						
	看 護 ・ 介 護	対象者			続柄()		病名・障がい名				
		手帳の有無			☐ 無 ☐ 有 手帳の種類及び級・判定 ()						
		状況			☐ 自宅療養 ☐ 通院通所 月 ・ 週 回 病院・施設名						
求職中	☐ 求職活動中・求職活動をする予定										
不存在	理由		☐ 離婚・未婚 ☐ 失踪 ☐ 拘禁 ☐ 離婚調停中 ☐ その他()								
	発生時期		年 月 日 (頃) から								

父親の状況	外勤・内職・就学・自営	事業所(学校)名			雇用開始(予定)日			年 月 日			
		勤務(予定)地									
		☐ 単身赴任	赴任先住所		赴任予定期間						
		勤務時間(正規)			平日 時 分 ~ 時 分		土曜 時 分 ~ 時 分				
		通勤(通学)方法			☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ 公共交通機関 (市内最寄り駅)						
	障 疾 が 病 い ・	病名・障がい名			病院・施設名						
		手帳の有無			☐ 無 ☐ 有 手帳の種類及び級・判定 ()						
		状況			☐ 入院(年 月 日から) ☐ 自宅療養 ☐ 通院通所 月 ・ 週 回						
	看 護 ・ 介 護	対象者			続柄()		病名・障がい名				
		手帳の有無			☐ 無 ☐ 有 手帳の種類及び級・判定 ()						
		状況			☐ 自宅療養 ☐ 通院通所 月 ・ 週 回 病院・施設名						
	求職中	☐ 求職活動中・求職活動をする予定									
不存在	理由		☐ 離婚・未婚 ☐ 失踪 ☐ 拘禁 ☐ 離婚調停中 ☐ その他()								
	発生時期		年 月 日 (頃) から								

令和8年1月1日時点の住所が市外の場合	母親	住所	父親	住所
令和9年1月1日時点の住所が市外の場合	母親	住所	父親	住所

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 (R9.4.1)	就労状況	健康状態 (該当する場合)
	母 方	祖父			歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ 無職	入院中 ・ 要介護
		祖母			歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ 無職	入院中 ・ 要介護
	父 方	祖父			歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ 無職	入院中 ・ 要介護
祖母				歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ 無職	入院中 ・ 要介護	

調査事項確認書(2・3号認定希望者のみ)

こちらは定員を超過する利用申込み等により、利用調整を行う必要がある場合の参考とさせていただきます。各園の状況によっては、希望に添えないこともありますのでご了承ください。	児童氏名
	児童生年月日 令和 年 月 日

1	利用を希望する施設が第十一希望以上ある場合は、第十一希望以降の希望する施設を希望順に記入してください。(何施設でも可)
---	--

2	第十希望以上ある場合で、希望する施設のいずれにも入園できない場合、その他の施設に入園するための調整を行うことを希望しますか。 ※第十希望以上ない場合は、希望園のみで調整を行います。
	いいえ はい はいの場合、春日井市内のすべての認可保育施設の中から利用可能な施設を保育課が調整し決定します。

3	育児休業中での保育園利用の希望ですか(2歳児クラス～年長クラスのみ)。 ※育児休業の対象となっている児童の申込みはできません。 ※育児休業中での利用は基準指数が1点となります。
	いいえ はい 入園申込みする兄弟姉妹について、「6」の設問を、はいとする場合も、基準指数が1点となります。

4	特別支援保育を希望しますか(年少クラス～年長クラスのみ)。 ※特別支援保育では、児童の発達状況等により、通常保育よりも保育士を多く配置して保育を実施します。
	いいえ はい はいの場合、第一希望の保育園での面談を行います。面談の結果によっては、対象とならないこともあります。

5	医療的ケアを希望しますか。 ※医師が集団保育を可能と判断し、医師の指示により看護師が医療的ケアを実施します。
	いいえ はい 医療的ケアを実施できる施設は、施設の職員体制や、必要な医療的ケアの内容等に応じて、個別に調整します。

6	保育園等に入園できない場合は、育児休業の延長も許容できますか。
	いいえ はい はいの場合は、審査順番が最後となり、入園の可能性が著しく低くなります。入園が保留となることを確約するものではありません。

7	施設への送迎者及び送迎可能手段をすべてチェックしてください。
	☐ 母 → ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ その他()
	☐ 父 → ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ その他()
	☐ 祖父・祖母 → ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ その他()
	☐ その他() → ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自動車 ☐ その他()

8	保育園等入園前の保育の状況にあてはまるものをすべてチェックしてください。
	☐ 父・母が保育 ☐ 祖父母が保育 ☐ 知人が保育 ☐ 職場へつれて行く ☐ 在園中 園名 () ☐ 認可外等施設等 施設名 ()

9	兄弟姉妹2人以上同時に保育園の新規申込みをしますか。 はいの場合、同時に新規申込みをする児童の第一希望保育園と名前を記入してください。
	いいえ はい 園名 () 児童名 ()

※兄弟姉妹2人以上同時に新規申込みをする方に、次の2点についてお尋ねします。

10	1 兄弟姉妹の利用調整方法について(調整方法は、希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。) 施設の利用調整が必要となった場合、次のAまたはBどちらの調整方法を希望しますか。 ☐ A 希望施設の順番を下げてでも兄弟姉妹全員が同じ施設を利用することを優先した調整を希望 ☐ B 兄弟姉妹で異なる施設となっても、児童ごとの希望施設順を優先した調整を希望
	2 兄弟姉妹の利用時期について 施設の利用調整の結果、申込みをした兄弟姉妹が同時に施設の利用ができないこととなる場合、次のAまたはBどちらを希望しますか。 ☐ A 申込みをした兄弟姉妹全員の利用を希望しない(申込みをした兄弟姉妹全員が入園保留となります) ☐ B 利用できる児童は利用を希望する

入園申込確認事項チェック表(申込書類を提出する前に再度確認をお願いします。)

○共通事項	児童氏名
	児童生年月日 令和 年 月 日
☐	施設の利用希望月は、申込期限に間に合う月となっている。
☐	必要な申込書類がすべて揃っている。(必要な申込書類の一覧は、「入園申込みのご案内」の背表紙にあります。)
☐	必要な申込書類にすべて記入している。
☐	申込書の写しが必要な場合は、申請前に写しをとっている。

○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)

☐	利用を希望する施設は、児童の年齢、希望の保育時間に合致している。
☐	送迎可能な園を可能な限り記入している。(利用を希望する施設の記入が少ないことで、入園保留となる場合があります。)
☐	利用申込児童と同居している家族は、住民票上住所の家族をすべて記入している。
☐	現住所が市外の場合、入園決定後、入園月の前月末日までに春日井市に転入できる。

○調査事項確認書

☐	利用を希望する施設は、児童の年齢、希望の保育時間に合致している。
☐	「入園するための調整を行うことを希望しますか」を「はい」にした場合、第十希望以上記載している。
☐	「入園するための調整を行うことを希望しますか」を「はい」にした場合、希望以外の施設に決定する場合があることを承知している。
☐	育児休業中での保育園利用を希望している場合、「育児休業中での保育園利用の希望ですか。」を「はい」にしている。
☐	「育児休業の延長を許容できますか」を「はい」にした場合、審査の順番が最後となり、入園の可能性が著しく低くなることを承知している。
☐	兄弟姉妹2人以上同時に新規申込みをする場合、2つの設問に回答をしている。

市・園確認事項 ※ここには何も記入しないでください。

提出日	/	確認者	来課・来園者・郵送	父 ・ 母 ・ その他()
-----	---	-----	-----------	----------------

○特記事項

--	--	--	--	--	--

○未提出書類

父要件	☐	就労証明書	☐	確定申告書等写し	☐	就労予定申立書兼誓約書
	☐	障がい者手帳	☐	診断書	☐	就学証明書・カリキュラム
	☐	令和8年度課税証明書	☐	令和9年度課税証明書		
母要件	☐	就労証明書	☐	確定申告書等写し	☐	就労予定申立書兼誓約書
	☐	障がい者手帳	☐	診断書	☐	就学証明書・カリキュラム
	☐	母子手帳	☐	令和8年度課税証明書	☐	令和9年度課税証明書
共通	☐	個人番号提供書	☐	入園前の生活状況	☐	在園証明書

令和9年度 施設型給付費教育・保育給付認定申請書(1号認定用)

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

次のとおり、施設型給付費にかかる教育・保育給付認定を申請します。
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			性別	障がいの有無	利用予定施設名	
ふりがな			男 女	有 無		
令和 年 月 日生 〔 令和9年4月1日現在 〕 満 歳						
同居する世帯員氏名		生年月日	年齢 〔 R9.4.1 〕 現 在	児童 との 続柄	勤務先又は学校・保育園等名	
		S H . .		父		
		S H . .		母		
		T H S R . .				
		T H S R . .				
		T H S R . .				
		T H S R . .				
		T H S R . .				
生活保護の受給状況	1. 適用なし 2. 申請中 3. 適用あり(年 月 日)開始					
ひとり親手当の受給状況	1. 適用なし 2. 申請中 3. 適用あり(年 月 日)開始 (受給者番号)					
ひとり親家庭等医療証	1. 適用なし 2. 申請中 3. 適用あり(年 月 日)開始 (医療証番号)					
障がい者手帳の交付状況	交付者氏名				児童との続柄	
	手帳の種類	1.身体障害者手帳 2.療育手帳 級 3.精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳) 級				

※施設記載欄

受付年月日	令和 年 月 日
施 設 名	
利用内定の有無	有 (令和 年 月 日) ・ 無
備 考	

※春日井市記載欄

受付年月日		令和 年 月 日	
認定区分	認定者番号	支給期間	利用施設(事業者名)
1 号		自 令和 年 月 日	
		至 □小学校就学前 □令和 年 月 日	
備 考			

(宛先)

春日井市長

整理番号 第

号

令和9年度 施設型給付費教育・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		受付印
	氏 名		電 話 () ー	
			携帯電話 (父) ー ー (母) ー ー	

次のとおり、施設型給付費にかかる教育・保育給付認定を申請します。
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		性別	保育年数	希望認定区分		2号 ・ 3号	
ふりがな		男		第一希望			
令和 年 月 日生 [令和9年4月1日 現在] 満 歳				女		年保育	
同居する世帯員氏名		生年月日		年齢 [R9.4.1 現在]	児童との続柄	勤務先又は学校・保育園等名	
		S H . .			父		
		S H . .			母		
		T H S R . .					
		T H S R . .					
		T H S R . .					
		T H S R . .					
		T H S R . .					
		T H S R . .					
兄弟姉妹の施設申込		☐ 無	☐ 有	園名 児童名			

令和8年1月1日時点の住所	☐ 春日井市内	☐ 春日井市外 住所
令和9年1月1日時点の住所	☐ 春日井市内	☐ 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	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 災害復旧
	☐ 求職活動 ☐ 育児休業中(2歳児クラス~年長クラスのみ) ☐ その他()
現在の保育の状況	☐ 父・母が保育 ☐ 祖父母が保育 ☐ 在園中 園名()
	☐ 知人が保育 ☐ 職場へつれて行く ☐ 認可外施設等 施設名()