

# 保育園 利用申込書記入例

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	〒 486 - 8686 春日井市 鳥居松町5-44	<b>必ず押印してください</b>	
	氏名	春日井 父夫		電話 ( 0568 ) 85 - ×××× 携帯電話 (父) 090 - ×××× - ×××× (母) 080 - ×××× - ××××

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支給認定を申請するとともに、利用の申込みをします。

**(注意)**  
 利用を希望する施設を限定する(記載が少ない)ことで、希望の施設へ入園しやすくなることはありません。利用調整を行う場合には、重要な情報となりますので、できる限り利用を希望する施設を記載してください

**第七希望以上ある場合は、中面の特記事項に記載してください**

	年齢	性別	保育年数
春日井 姉奈	平成29年10月1日生 令和 満 2 歳	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	4 年保育
第一希望	第二希望	第三希望	第四希望
第一保育園	第二保育園	第三保育園	大手保育園
第五希望	第六希望		
春日井保育園	あおぞら保育園		

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

**利用申込児童を除く同居する(同一敷地)家族全員を記入してください**

**必ずどちらかを選んでください**

氏名	年齢	性別	職業
春日井 父夫	39	男	〇〇会社
春日井 母美	37	女	△△銀行
春日井 兄太	13	男	□□中学校
春日井 妹子	0	女	
春日井 祖父介	64	男	

**きょうだいで同時に申請をする場合は記入してください**

令和2年4月1日時点で、通う予定の設名等を記入してください。未確定の場合は、予定を記入してください(「高校進学予定」等)

兄弟姉妹の施設申込  無  有 園名 **第一保育園** 児童名 **春日井 妹子**

対象年月日時点で春日井市外に住所があった場合は、市県民税課税証明書が必要です

平成31年1月1日時点の住所  春日井市内  春日井市外 住所 **名古屋市守山区〇〇〇**

令和2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 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

入園を希望する理由  就労  出産  疾病・障がい  看護・介護  育児休業中(1~3年保育のみ)  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( )

小学校入学前までの利用を希望される場合は、終了日の記入は必要ありません

# 認定こども園 利用申込書記入例

認定こども園については、利用申込（施設宛）教育・保育給付認定申請（春日井市宛）が別々になります。

保護者	住所	〒 486 - 8686 <b>必ず押印してください</b> 春日井市 鳥居松町5-44		受付印	
	氏名	春日井 父夫	電話 ( 0568 ) 85 - ××××	<b>該当する区分に○をつけてください</b>	
			携帯電話 (父) 090 - ××××		
			(母) 080 - ××××		
<p>(注意) 利用を希望する施設を限定する(記載が少ない)ことで、希望の施設へ入園しやすくなることはありません。利用調整を行う場合には、重要な情報となりますので、できる限り利用を希望する施設を記載してください</p> <p>第七希望以上ある場合は、中面の特記事項に記載してください</p>					
利用申込児童氏名		希望認定区分	1号	2号	3号 (新規)
ふりがな		かすがい あねな	生年月日	年齢	性別
春日井 姉奈		平成 29年10月1日生	令和2年4月1日現在	満 2 歳	男 (女)
保育年数		4 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
	☆☆こども園	第一保育園	第二保育園	大手保育園	桃山保育園
<p>上記の希望する施設のいずれ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</p>					
利用申込児童を除く同居する(同一敷地)家族全員を記入してください		生年月日	年齢	児童との続柄	性別
			[R2.4.1 現在]		
春日井 父夫		S H 55・12・21	39	父	男
春日井 母美		S H 57・4・2	37	母	女
春日井 兄太		T S R 18・8・5	13	兄	男(女)
春日井 妹子		T S R 1・8・21	0	妹	男(女)
春日井 祖父介		T S R 30・5・18	64	祖父	男(女)
<p>必ずどちらかを選んでください</p> <p>令和2年4月1日時点で、通う予定の設名等を記入してください。未確定の場合は、予定を記入してください(「高校進学予定」等)</p>					
兄弟姉妹の施設申込		<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	園名	児童名
				☆☆こども園	春日井 妹子
平成31年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 春日井市内	<input checked="" type="checkbox"/> 春日井市外 住所 名古屋市守山区〇〇〇			
令和2年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 春日井市内	<input type="checkbox"/> 春日井市外 住所			
<p>対象年月日時点で春日井市外に住所があった場合は、市県民税課税証明書が必要です</p>					
施設利用希望期間	令和 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 月 日				
入園を希望する理由 (2・3号希望者のみ)	<input checked="" 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"/> <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 (2・3号希望者のみ)	<input checked="" 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( )				
<p>小学校入学前までの利用を希望される場合は、終了日の記入は必要ありません</p>					

家庭状況記入例（保育園利用、認定こども園利用同じ内容です。）

父・母の保育を必要とする理由に応じて記入してください

		母親の状況		父親の状況	
就	事業所名	△△銀行		〇〇会社	
	勤務地	春日井市□□□		名古屋市中区☆☆	
学	入学日	平成17年4月1日		平成15年4月1日	
	短縮勤務の場合	平日	8時00分～17時00分	平日	8時00分～17時00分
就		土曜	時分～時分	土曜	時分～時分
			9時00分～16時00分		時分～時分
学	通勤方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関(市内最寄り駅 春日井駅 )	
	通勤時間	片道 10 分		片道 60 分	
疾	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	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	在宅	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護
介	通所	週 日、日中	時間を要する	週 日、日中	時間を要する
	通院	病院・施設名 ( )		病院・施設名 ( )	
出	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			
不	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	
	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。実際に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、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保険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

同居・別居にかかわらず記入してください  
祖父母がいない場合は「不存在」と記入してください

祖	母	祖父	愛知 祖父夫	小牧市堀ノ内〇〇	62 歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
		祖母	愛知 祖母子	同上	59 歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
	父	祖父	春日井 祖父介	春日井市鳥居松町5-44	64 歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護
		祖母	不存在		歳	常勤・パート・内職・自営・無職	入院中・要介護

# 調査事項記入例（保育園利用、認定こども園利用同じ内容です。）

面談者確認

**調 査 事 項**  
 （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各園の状況等によっては、希望に沿えないこともありますのでご了承ください。）

保育園へ送迎する可能性がある人及び使用できる交通手段をすべてチェックしてください

保育園への送迎者及び送迎可能手段	<input checked="" type="checkbox"/> 母 → <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )		□	
	<input checked="" type="checkbox"/> 父 → <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 祖父・祖母 → <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> その他( ) → <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )			
希望の保育時間	平日	午前 8 時 00 分 ~ 午後 5 時 00 分		□
	土曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 午前 時 分 ~ 午後 時 分		
	※第一希望の保育園に通う場合の保育時間を記入ください。園の調整によって希望の保育時間に沿えないこともあります。			
児童の状況	健診の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 4か月健診 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳健診		□
	直近の健診時の指摘事項、その他発達上の心配事	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容( )		
	離乳食の状況 (0歳児・1歳児)	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 ( 回食 )		
	現在の病気等	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容( )		
	アレルギー等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容( 卵と牛乳 )		
	使用しているミルクのメーカー名及び商品名 (0歳児)	<input type="checkbox"/>		

記入しきれない場合や特に配慮が必要な事項等がある時は、下段の特記事項に記載してください

※兄弟姉妹2人以上同時に利用申込みする方に、次の2点についてお尋ねします。

きょうだいで2人以上同時に利用申込みする場合にチェックしてください

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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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所保留となります) <input checked="" type="checkbox"/> B 利用できる児童は利用を希望する	□

特記事項	
------	--

# 認定こども園教育・保育給付認定申請書（2・3号認定用）記入例

認定こども園については、利用申込（施設宛）と教育・保育給付認定申請（春日井市宛）が別々になります。  
 こちらは2・3号の教育・保育給付認定申請書です。

保護者	住所	〒 486 - 8686 <b>必ず押印してください</b> 春日井市 鳥居松町5-44		受付印
	氏名	春日井 父夫 <b>印</b>	電話 ( 0568 ) 85 - ×××× 携帯電話 (父) 090 - ×××× - ×××× (母) 080 - ×××× - ××××	

次のとおり、施設型給付費にかかる支給認定を申請します。

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。

**該当する区分に○をつけてください**

利用申込児童氏名	性別	保育年数	希望認定区分	2号 ・ <b>3号</b>	
ふりがな <b>かすがい あねな</b>	男	4	第一希望		
<b>春日井 姉奈</b> 〔令和2年4月1日現在〕 平成29年10月1日生 〔満2歳〕			<b>☆☆こども園</b>		
<b>利用申込児童を除く同居する(同一敷地) 家族全員を記入してください</b>	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
春日井 父夫 <b>印</b>	55・12・21	39	父	男	〇〇会社
春日井 母美 <b>印</b>	57・4・2	37	母	女	△△銀行
春日井 兄太 <b>印</b>	18・8・5	13	兄	男・女	□□中学校
春日井 妹子 <b>印</b>	1・8・21	0	妹	男・女	<b>令和2年4月1日時点で、通う予定の設名等を記入してください。未確定の場合は、予定を記入してください(「高校進学予定」等)</b>
春日井 祖父介 <b>印</b>	30・5・18	64	祖父	男・女	
	・			男・女	
	・			男・女	
	・			男・女	
	・			男・女	
兄弟姉妹の施設申込	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	園名 <b>☆☆こども園</b>	児童名 <b>春日井 妹子</b>	

**きょうだいで同時に申請をする場合は記入してください**

平成31年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 春日井市内	<input checked="" type="checkbox"/> 春日井市外 住所 <b>名古屋市守山区〇〇〇</b>
令和2年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 春日井市内	<input type="checkbox"/> 春日井市外 住所

**対象年月日時点で春日井市外に住所があった場合は、市県民税課税証明書が必要です**

施設利用希望期間	令和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 ~ 令和 年 月 日
入園を希望する理由 (2・3号希望者のみ)	<input checked="" 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"/> <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 (2・3号希望者のみ)	<input checked="" 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( )

**小学校入学前までの利用を希望される場合は、終了日の記入は必要ありません**

# 認定こども園教育・保育給付認定申請書（1号認定用）記入例

認定こども園については、利用申込（施設宛）と教育・保育給付認定申請（春日井市宛）が別々になります。  
 こちらは1号の教育・保育給付認定申請書です。

護 者	氏名	春日井市 鳥居松町5-44	必ず押印してください	電話 (0568) 85 - ××××
		春日井 父夫	①	携帯電話 (父) 090 - ×××× - ××××
				(母) 080 - ×××× - ××××

次のとおり、施設型給付費にかかる支給認定を申請します。  
 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	かすがい あねな		男 <input type="radio"/> 女	有 <input type="radio"/> 無	☆☆こども園	
	春日井 姉奈					
	平成28年10月1日生	令和2年4月1日現在 満3歳	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
利用申込児童を除く同居する(同一敷地) 家族全員を記入してください			年齢	児童との続柄	性別	勤務先又は学校・保育園等名
	春日井 父夫	55・12・21	39	父	男	〇〇会社
	春日井 母美	57・4・2	37	母	女	△△銀行
	春日井 兄太	18・8・5	13	兄	男	□□中学校
	春日井 妹子	1・8・21	0	妹	女	令和2年4月1日時点で、通う予定の 設名等を記入してください。未確定の 場合は、予定を記入してください(「高 校進学予定」等)
	春日井 祖父介	30・5・18	64	祖父	男	
					男・女	
					男・女	
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		