

保育園・小規模保育園 利用申込書記入例

春日井市長

令和8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)

申請日 令和 年 月 日

保護者	現住所	〒 486 - 8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地		
	氏名	春日井 父夫	電 話 (0568) 85 - × × × ×	
			携帯電話 (父) 090 - × × × × - × × × ×	
			(母) 080 - × × × × - × × × ×	

受付印

提出前に申請日を記入してください

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	(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				年齢	性別
	春日井 姉奈				8 日生 満 2 歳	男 ☐ 女 ☒
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	
	第一保育園	第二保育園	第三保育園	大手保育園	春日井保育園	
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 同居していない児童(18歳未満)がいる場合は記入してください ※保育料の算定に影響する場合があります	希望	第八希望	第九希望	第十希望		
	こども園	瑞雲保育園	トットハウス春日井	貴船保育園		
利用申込児童と同居している家族	氏名	生年月日	年齢 (R8.4.1現在)	児童との続柄	勤務先又は学校・保育園等名	
	春日井 父夫	61 . 10 . 29	39	父	〇〇会社	
	春日井 母美	63 . 1 . 18	38	母	△△銀行	
	春日井 弟郎	28 . 8 . 5	9	兄	□□小学校	
	春日井 妹子	6 . 10 . 19	1	妹		
	春日井 祖父介	34 . 5 . 18	66			
	春日井 兄太	21 . 9 . 4	16	兄	〇〇県△△市□□町	

現住所が市外の場合、市内転入後の住所

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

施設利用希望期間 令和 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 月 日

入園を希望する理由	母親	☒ 就労 ☐ 出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 災害等 ☐ 求職活動 ☐ 育児休業中(2歳児クラス~年長クラスのみ)	第1希望の保育園に入園する場合の希望保育時間を記入してください
	父親	☒ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 看護・介護 ☐ 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 8 時 00 分 ~ 16 時 00 分 土曜(希望者のみ) 時 分 ~ 時 分

希望保育時間	平日 8 時 00 分 ~ 16 時 00 分	土曜(希望者のみ) 時 分 ~ 時 分
--------	-------------------------	---------------------

家庭状況確認書記入例

母親の状況	外勤・内勤・自営・就学・その他	事業所(学校)名	△△銀行		雇用開始(予定)日	平成 26 年 4 月 1 日		
		勤務(予定)地	春日井市□□□□					
		☐ 単身赴任	赴任先住所			赴任(予定)期間		
		勤務時間(正規)	平日	8 時 00 分 ~ 17 時 00 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			
	障害が病い・	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					
	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・内勤・自営・就学・その他	事業所(学校)名	〇〇会社		雇用開始(予定)日	平成 21 年 4 月 1 日		
		勤務(予定)地	名古屋市中区☆☆					
		☐ 単身赴任	赴任先住所			赴任(予定)期間		
		勤務時間(正規)	平日	8 時 00 分 ~ 17 時 00 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 春日井市)					
	障害が病い・	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					
	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・母の保育を必要とする理由に応じてそれぞれ記入してください

令和7年1月1日時点の住所が市外の場合	母親	住所	名古屋市守山区〇〇〇	父親	住所	名古屋市守山区〇〇〇
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	

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

☒ はい ・ 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 ☒ はい ・ はい

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

日

祖父母の状況			氏 名	住所	年齢 (R8.4.1)	就労状況	健康状態 (該当する場合)
	母 方	祖父	愛知 祖父夫	小牧市堀ノ内〇〇	63 歳	☒ 常勤 ・ パート ・ 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 ・ 自営 ・ ☒ 無職	入院中 ・ 要介護
	父 方	祖父	春日井 祖父介	春日井市鳥居松町5丁目44番地	66 歳	常勤 ・ ☒ パート ・ 自営 ・ 無職	入院中 ・ 要介護
		祖母	不存在			歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ 無職

調査
項目

調査事項確認書記入例

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。

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)	
1	11 下津保育園、12 マ・メール上条保育園	
2	第十希望以上ある場合で、希望する施設の※第十希望以上ない場合は、希望園のみ	(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
	☒ いいいえ	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～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()	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
	☒ 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 ()	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
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、同時に申込みをする児童の第一希望保育園名と名前を記入してください。	
	☒ いいいえ	はい
	園名 (第一保育園)	児童名 (春日井 妹子)
※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	

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 春日井市 鳥居松町5-44		電 話 (0568) 85 - ××××	受付印
	氏 名	春日井 父夫			

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 ・ 3号	
ふりがな かすがい あねな	男	4	第一希望		
春日井 姉奈			☆☆こども園		
[令和8年4月1日 現在]					
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 同居していない児童(18歳未満)がいる場合は記入してください ※保育料の算定に影響する場合があります	女	年保育	年齢 [R8.4.1 現在]	児童との続柄	勤務先又は学校・保育園等名
春日井 父夫	男	61 ・ 10 ・ 29	39	父	〇〇会社
春日井 母美	女	63 ・ 1 ・ 18	38	母	△△銀行
春日井 弟郎	男	28 ・ 8 ・ 5	9	兄	□□小学校
春日井 妹子	女	6 ・ 10 ・ 19	1	妹	令和8年4月1日時点で、通う予定の施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	男	34 ・ 5 ・ 18	66	祖父	
春日井 兄太	男	21 ・ 9 ・ 4	16	兄	〇〇県△△市□□町
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					
兄弟姉妹の施設申込					
□ 無		■ 有 園名 ☆☆こども園 児童名 春日井 妹子			

令和7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8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 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 月 日	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
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(2歳児〜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()	

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	春日井市 鳥居松町5-44	電話 (0568) 85 - × × × ×
	氏 名 春日井 父夫	携帯電話 (父) 090 - × × × × - × × × × (母) 080 - × × × × - × × × ×

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	かすがい あねな	男 女	有 無	☆☆こども園			
春日井 姉奈	令和8年4月1日現在 満 3 歳						
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 同居していない児童（18歳未満）がいる場合は記入してください ※保育料の算定に影響する場合があります		生年月日	年齢 R8.4.1 現在	児童 との 続柄	勤務先又は学校・保育園等名		
春日井 父夫	S H	61	・ 10 ・ 29	39	父	〇〇会社	
春日井 母美	S H	63	・ 1 ・ 18	38	母	△△銀行	
春日井 弟郎	T S	H R	28	・ 8 ・ 5	9	兄	□□小学校
春日井 妹子	T S	H R	6	・ 10 ・ 19	1	妹	令和8年4月1日時点で、通う予定の施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	T S	H R	34	・ 5 ・ 18	66	祖	
春日井 兄太	T S	H R	21	・ 9 ・ 4	16	兄	〇〇県△△市□□町
	T S	H 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			