

保育園・小規模保育園 利用申込書記入例

令和3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	現住所	〒 486 - 8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地	必ず押印してください	
	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(必要に応じて世帯分を含む)、生活保護及びひとり親
申請書に記載された事項及び

(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

申込 児童	春日井 姉奈	平成 令和	1 年 10 月 1 日生	年齢 令和3年4月1日現在 満 1 歳	性別 男 <input checked="" type="radio"/> 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	第六希望
	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	あおぞら保育園

利用申込児童と同居している家族	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 <small>(R3.4.1現在)</small>	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	56 · 12 · 21	39	父	男	〇〇会社
	春日井 母美	58 · 4 · 2	37	母	女	△△銀行
	春日井 兄太	19 · 8 · 5	13	兄	<input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女	□□中学校
	春日井 妹子	2 · 8 · 21	0	妹	男 · <input checked="" type="radio"/> 女	
	春日井 祖父介	31 · 5 · 18	64	祖父	<input checked="" type="radio"/> 男	
		· ·			男	
		· ·			男 · 女	

令和3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)

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 3 年 4 月 1 日 ~ 令和 年 月
----------	-------------------------

入園を希望する理由	母親	<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"/> 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()
	父親	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業中(1~3年保育のみ) <input type="checkbox"/> その他()

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

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

認定こども園 利用申込書記入例

令和3年度 保育利用申込書

保 護 者	現住所	〒 486 - 8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地	必ず押印してください	受付印
	氏名	春日井 父夫 印	電話 (0568) 85 - ××××	
			携帯電話 (父) 090 - ×××× - ××××	
			(母) 080 - ×××× - ××××	

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
 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

希望認定区分	1号 ・ 2号 ・ 3号 (新規) ・ 号変更)		
氏名	生年月日	年齢	性別
(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		令和3年4月1日現在	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
		0 月 1 日生	満 1 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
	☆☆こども園	第一保育園	第二保育園	大手保育園	桃山保育園	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

利用申込児童と同居している家族	氏名	生年月日	年齢 <small>(R3.4.1現在)</small>	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	56 ・ 12 ・ 21	39	父	男	〇〇会社
	春日井 母美	58 ・ 4 ・ 2	37	母	女	△△銀行
	春日井 兄太	19 ・ 8 ・ 5	13	兄	男・女	□□中学校
	春日井 妹子	2 ・ 8 ・ 21	0	妹	男・女	
	春日井 祖父介	31 ・ 5 ・ 18	64	祖父		
		・ ・				
		・ ・			男・女	

令和3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)

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 3 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)	母親	<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"/> 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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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	

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・自営・就学 内職・就学	事業所(学校)名	△△銀行		勤務開始(予定)日	平成 17 年 4 月 1 日		
		勤務(予定)地	春日井市□□□					
		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	<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)					
	出産	予定日	年 月 日 予定		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類及び級・判定 ()					
		状況	<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類及び級・判定 ()					
状況		<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院通所 月・週 回			病院・施設名			
求職中	<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()						
	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

父親の状況	外勤・自営・就学 内職・就学	事業所(学校)名	〇〇会社		勤務開始(予定)日	平成 15 年 4 月 1		
		勤務(予定)地	名古屋市中区☆☆					
		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	<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 春日井市)					
	障 疾 が 病 い	病名・障がい名				病院・施設名		
		手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類及び級・判定 ()					
		状況	<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類及び級・判定 ()					
		状況	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院通所 月・週 回			病院・施設名		
求職中	<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						
	発生時期	年 月 日 (頃) から						

対象年月日時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

令和2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3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

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

祖父母の状況		氏名	住所	年齢 (R3.4.1)	就労状況	健康状態 (該当する場合)
		母	祖父	愛知 祖父夫	小牧市堀ノ内〇〇	62 歳
	祖母	愛知 祖母子	同上	59 歳	常勤 ・ パート ・ 自営 ・ <input checked="" type="radio"/> 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丁目44番地	64 歳	常勤 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	入院中 ・ 要介護

こち

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。 児童生年月日 年 月 日

1 利用を希望する施設が第六希望以上ある場合は、希望する施設を希望順にすべて記入してください。(何施設でも可)

7 あさひがおかこども園、8 瑞雲保育園、9 トットハウス春日井

(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

2 利用を希望する施設のいずれにも入園できない場合

いいえ ・ はい

はいの場合、春日井市

3 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)。 はいの場合、休業期間を記入してください。

いいえ ・ はい

休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日

4 特別支援保育を希望しますか(1～3年保育のみ)。 ※特別支援保育とは、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 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。

6 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()

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

7 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

8 兄弟姉妹2人以上同時に保育園の申込みをしますか。 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人以上同時に申込みをする方に、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

9 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所保留となります)

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

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 ・ 3号		
ふりがな かすがい あねな 春日井 姉奈 〔令和3年4月1日 現在〕 平成30年10月1日生 〔満 2歳〕	男	4	第一希望			
	女	年保育	☆☆こども園			
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		生年月日	年齢 〔R3.4.1 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	S H	56・12・21	39	父	男	〇〇会社
春日井 母美	S H	58・4・2	37	母	女	△△銀行
春日井 兄太	T S H R	19・8・5	13	兄	男・女	□□中学校
春日井 妹子	T S H R	2・8・21	0	妹	男・女	令和3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	T S H R	31・5・18	64	祖父	男・女	
	T S H R	・			男・女	
	T S H R	・			男・女	
	T S H R	・			男・女	
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	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	園名	☆☆こども園	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

令和2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3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

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 3 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()

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。

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 春日井 姉奈 平成29年10月1日生 [令和3年4月1日現在] 満3歳	男 ② 女	有 ② 無	☆☆こども園
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	年齢 [R3.4.1 現在]	児童との続柄	性別
春日井 父夫	56・12・21	39 父	男
春日井 母美	58・4・2	37 母	女
春日井 兄太	19・8・5	13 兄	男 女
春日井 妹子	2・8・21	0 妹	男 女
春日井 祖父介	31・5・18	64 祖父	男 女
			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	

令和3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)

※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			