

様式第1号 (第5条関係)

平成30年度 保育園入園申込書 申込日 平成 年 月 日

[兼施設型給付費・地域型保育給付費等支給申請書 兼児童台帳]

(宛先) 伊那市長

保育園の入園について次のとおり申し込みます。 保護者氏名 (申請者・納付義務者)

印

転入前の住所 (平成29年1月以降転入の方)	都道 府県	市区 郡	町 村	から	年	月	日	転入(予定)	
住所	伊那市			[行政区	区	町	組]		
	(携帯電話 父) — — —			(携帯電話 母)	— — — —				
ふりがな 児童氏名		男・女	平成 年 月 日生	平成30年4月1日現在 年齢 歳	障害者手帳の有無 有り・無し				
児童個人番号 (マイナンバー)									
父個人番号 (マイナンバー)				母個人番号 (マイナンバー)					
入園を 希望する 保育園	第1希望	保育園(理由)		時 分~	時 分(	時間)希望			
	第2希望	保育園(理由)		時 分~	時 分(	時間)希望			
	第3希望	保育園(理由)		時 分~	時 分(	時間)希望			
保育の実施を希望する期間	平成 年 月 日 から			就学前まで			平成 年 月 日まで		
利用希望曜日 (利用希望曜日に○をする。)	月 火 水 木 金 土 日			■家庭の状況					
保護者 及び 同居 の 家族	ふりがな 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校・保育園等	勤務先等 電話番号	1 単身赴任・別居世帯		
							2 幼稚園在園の兄弟姉妹 有り・無し		
							3 生活保護世帯		
							4 母子父子世帯 (年月~)		
							5 在宅障害者(児)世帯 障害者(児)		
							氏名 _____ (以下該当項目に○をする。)		
第1希望に入園できないとき	1 第2希望以下で良い。 2 申込みを取り下げる。 3 空き待ちをする。								
保育の実施 を必要とす る理由	■保護者ごとに該当する番号を記入してください。(父母及び同居している65歳未満の祖父母)								
	父 [ ]	1 居宅外労働 (常勤・パート・農業・自営)			5 病人等の介護				
	母 [ ]	2 居宅内労働 (内職・自営)			6 家庭の災害等				
	祖父 [ ]	3 母親の出産 (予定日 年 月 日)			7 求職中				
	祖母 [ ]	4 病気、負傷、心身の障害等			8 就学中 [ ]				
	育児休業取得 (予定) の方は全員記入してください。			9 その他 [ ]					
	□育児休業予定期間 年 月 日から 年 月 日								

「家庭状況調査票」、「入園に関する確認票」を、併せて提出してください。この申込書及び添付書類等により得られた個人情報は、伊那市個人情報保護条例に基づき、入園選考、内定保育園への情報提供及び保育料算定のためにのみ使用します。

担当課 処理	認定の可否	可・否	認定者番号	認定区分
	保育の実施	要・否	理由 ( )	給付内容 保育標準時間 保育短時間
	入園決定	_____	保育園 実施期間 平成 年 月 日 ~ 就学前まで 平成 年 月 日まで	
	□データ処理	月 日	保育料 _____ 階層 _____ 円 × _____	

# 家庭状況調査票

## 1 同居以外のきょうだい

入園希望の児童と同居していない兄・姉の有無 (該当に○で囲んでください。) ( 有り ・ 無し )  
 保育料算定に必要なため、「有」に○をした場合は、下記に記入してください。

ふりがな 氏名	生年月日 (年齢)	申込児 との続柄	住所	勤務先・学校(園)等
	H . . . ( 歳)			
	H . . . ( 歳)			

## 2 祖父母の状況

	氏名	年齢	同居・別居	住所	電話
父方	祖父		同居・別居		
	祖母		同居・別居		
母方	祖父		同居・別居		
	祖母		同居・別居		

## 3 農業経営の状況

- \* 出荷していること、従事者1人について田 30a または 畑 20a 年間就労日数 200 日以上が目安です。
- \* 出荷伝票等の事業を確認できる書類を添付してください。
- \* 就労状況申出書を添付してください。(児童の父母のみ)

区分	経営内容	出荷量	区分	経営内容	出荷量
水田	水稲 a	俵	畑	品目 a	箱
果樹園	品目 a	箱	家畜	頭	

農業従事者の状況 年間農業従事日数 使用人数 人  
 父 \_\_\_\_\_ 日 ・ 母 \_\_\_\_\_ 日 ・ 祖父 \_\_\_\_\_ 日 ・ 祖母 \_\_\_\_\_ 日

## 4 自家経営の状況

- \* 就労時間の基準は、1日当たり概ね4時間以上、かつ就労日数が週4日以上です。(1か月64時間以上)
- \* 事業を確認できる書類を添付してください。
- \* 就労状況申出書を添付してください。(児童の父母のみ)

事業名 (商店・会社名)									
所在地									
事業内容 (具体的に)									
使用人数 人		休日 曜日							
	月従事日数	1日の従事時間							
父	日	午前・午後	時	分	～	午前・午後	時	分	時間
母	日	午前・午後	時	分	～	午前・午後	時	分	時間
祖父	日	午前・午後	時	分	～	午前・午後	時	分	時間
祖母	日	午前・午後	時	分	～	午前・午後	時	分	時間

5 出産・病気・介護等の状況

(1) 「母親の出産」が理由の方 出産予定日 平成 年 月 日 ※母子手帳確認者サイン  
 ※ 提出の際母子手帳を持参、又は予定日のページのコピーを添付してください。

(2) 「病気、負傷、心身の障害等」が理由の方（父母及び同居している65歳未満の祖父母）  
 身体障害者手帳等の写しが用意できない場合は、医師等の証明を下記に得てください。

証 明 書	
氏名 _____	生年月日 S.H. _____ (児童との続柄 _____)
傷病名 _____	
<input type="checkbox"/> 加療期間 年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 児童保育の可否 可 ・ 否	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日	
医療機関名 _____	医師等氏名 _____ (印)

(3) 「病人等の介護」が理由の方（父母及び同居している65歳未満の祖父母）

① 介護の状況について

介護が必要な方の氏名 _____ (児童との続柄 _____)	
介護が必要な方の住所	1 同居 2 別居 住所 _____
介護に当たる時間等	① 毎日 平均 _____ 時間 _____ 時～ _____ 時 ② 週 _____ 日 平均 _____ 時間 _____ 時～ _____ 時
介護を必要とする理由	傷病名 _____ 身体障害者手帳 _____ 種 _____ 級 特別児童扶養手当 _____ 級 療育手帳 _____ 級 介護保険被保険者証要介護度 _____ その他 { _____ }
介護を必要とする期間	平成 年 月 まで
介護内容	該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 食事の介助 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他 { _____ }

② 介護が必要な方の証明

身体障害者手帳等の写しが用意できない場合は、医師等の証明を下記に得てください。

証 明 書	
氏名 _____	生年月日 M. T. S. H. _____
傷病名 _____	
<input type="checkbox"/> 加療期間 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護の要否 要 ・ 否
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日	
医療機関名 _____	医師等氏名 _____ (印)

6 就労の状況

(父母及び同居している 65 歳未満の祖父母について就労証明が必要です。)

児童の父母は、別紙「就労証明書」を添付してください。

同居している 65 歳未満の児童の祖父母は、下記の該当箇所に記入してください。

- \* 就労時間の基準は、1 日当たり概ね 4 時間以上、かつ就労日数が週 4 日以上です。(1 か月 64 時間以上)
- \* 0.1.2 歳児クラスについては、内職は認められません。
- \* 支店長、工場長等の証明を得てください。勤務時間等は勤務先で記入してもらい、訂正は証明者の訂正印を押印してください。
- \* (祖父母のみ) 本人の健康保険被保険者証の写し(国民健康保険・被扶養者を除く)を添付した場合は、勤務先からの証明を省略することができます。

児童との続柄	祖父	氏名	通勤時間	片道	分
仕事の内容		雇用形態	正社員・臨時・嘱託・パート・内職・派遣社員 その他( )		
就業時間	時 ~ 時 週 日 勤務	採用年月日	年 月 日		
		雇用予定期間	平成 年 月まで(更新あり・なし) 定年まで		
(あて先)伊那市長 上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日 住 所 _____ 電話番号 _____ 会社名・事業主名等 _____ (印)					

児童との続柄	祖母	氏名	通勤時間	片道	分
仕事の内容		雇用形態	正社員・臨時・嘱託・パート・内職・派遣社員 その他( )		
就業時間	時 ~ 時 週 日 勤務	採用年月日	年 月 日		
		雇用予定期間	平成 年 月まで(更新あり・なし) 定年まで		
(あて先)伊那市長 上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日 住 所 _____ 電話番号 _____ 会社名・事業主名等 _____ (印)					

保険証添付欄	
--------	--