

## 令和8年度 保育園等入園申込書

〔兼施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼児童台帳〕

(宛先) 伊那市長

保護者氏名(申請者・納付義務者)

保育園等の入園について次のとおり申し込みます。

※署名または記名・押印

転入前の住所 (令和7年1月以降転入の方)	都 道 市 区 町 村 府 県 群	から	年 月 日	転入(予定)			
住 所	伊那市	(行政区 区 町 組)	電話	- -			
	(携帯電話 父) - -	(携帯電話 母) - -					
ふりがな 児 童 氏 名	男・女	平成 令和	年 月 日生	令和8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 等	第1希望	園 (理由)	時 分～	時 分 (時間)	希望		
	第2希望	園 (理由)	時 分～	時 分 (時間)	希望		
	第3希望	園 (理由)	時 分～	時 分 (時間)	希望		
保育の実施を希望する期間	令和 年 月 日 から	就学前まで	・	令和 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)
			・				・療育手帳
第1希望に入園できないとき	1. 第2・第3希望で良い。 2. 第1希望の園を空き待ちする。						
第3希望までの園に入園できないとき	1. 希望園以外に空きがあれば検討する。 2. 第1～3希望の園を空き待ちする。						
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 [ ]	□育児休業を取得中である(父・母)	6. 家庭の災害等				
	祖父 [ ]	2. 居宅内労働(内職・自営)	7. 求職中				
	祖母 [ ]	3. 母親の出産(予定日 年 月 日)	8. 就学中 [ ]				
	4. 病気、負傷、心身の障害等	9. その他 [ ]					

※「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、内定保育園等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 記 入	入園決定 _____ 園	実施期間	令和 年 月 日 ~	就学前まで	・	令和 年 月 日まで
	認定時間	短時間認定	標準時間認定	□データ処理	月 日	
	□支給認定証	月 日	□利用者負担額決定通知書	月 日		

# 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
	・ ・ ( 歳)			
	・ ・ ( 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	水稻 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 令和 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。	
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名 _____	医師等氏名 _____
※署名または記名・押印	

- (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	令和 _____ 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 T.S.H.R. _____
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。	
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名 _____	医師等氏名 _____
※署名または記名・押印	

**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、下記該当箇所に証明を得てください。

- \* 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。
- \* (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	令和 年 月 日まで(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。 令和 年 月 日				
住所		電話番号		
会社名・事業主名等				

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	令和 年 月 日まで(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。 令和 年 月 日				
住所		電話番号		
会社名・事業主名等				

保険証添付欄	
--------	--

## 入園に関する確認票

※すべての事項をご一読の上、にチェックを入れてください。

### 誓約事項

保育園等の入園決定を受けた後は、保育園等の規定を守り、保育料等は責任を持って期限内に納付します。

### 承諾事項

第1希望園が集中した場合は、第2希望以下の園へ入園、または空き待ちをしていただく場合があります。

一斉申込に関しては、期限内に提出いただいた書類および申込み状況に基づき、入園調整を行います。

期限後の変更等の申し出は原則できません。

一斉申込の利用調整結果は書面で通知します。期限後の結果については、希望園に空きが生じた場合のみ、電話で連絡いたします。

申込事項が事実と異なる場合は、入園承諾を取り消されても異議ありません。

保育の必要性を認定できない場合は、退園となります。

(例)「求職活動」の要件で入園申込をしたが、入園後3か月以内に「就労証明書」の提出がない場合。

入所理由が「母親の出産」の場合は、出産予定日の2か月前から出産3か月後の月末までの入園となります。

(多胎児は予定日の4か月前から出産6か月後の月末まで。)

産後の体調不良等、考慮すべき事情がある場合は、こども政策課までご相談ください。

家庭状況に変更が生じる場合、変更予定月の前月20日までに必要書類を全て用意の上、提出してください。

配慮すべき事情がある場合を除き、原則、さかのぼりの変更受付はできません。

保育料に係る世帯の階層認定を行うにあたり、保育事務担当者が私の家族、世帯の課税台帳及び生活保護、母子父子、障害に係る台帳を確認すること、また、税の申告及び税資料の提出がない場合は、最高階層で保育料を算定することを承諾します。

伊那市が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在園する間、下記児童が加入することを承諾します。

上記事項について了承し、保育施設の入所申込を行います。

児童氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

父の署名 \_\_\_\_\_ 印 母の署名 \_\_\_\_\_ 印

### 連帯保証人

今回入園申請する児童の保育料等について、保護者が完納することを保証します。万一滞納したときは、私が責任をもって納付します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連帯保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者との続柄 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

昼間連絡のつく電話番号 \_\_\_\_\_

\* 連帯保証人は、同居の親族以外の成人で、市税等の滞納のない方をお願いします。