

教育・保育給付認定申請書 兼 2027(令和9)年度保育所・地域型保育事業所等入所申込書
(児童台帳)

令和 年 月 日

(あて先)
一宮市長

保 護 者	住所	〒 一宮市			
	前住所	〒 都道府県 市郡			
	※2026(令和8)年1月2日以降転入の方はご記入ください。(令和 年 月 日変更(予定))				
	フリガナ	連	(自 宅)	-	-
	氏名(父)	絡	(父携帯)	-	-
	フリガナ	先	(母携帯)	-	-
	氏名(母)	生計 中心者	☐ 父 ☐ 母		

次のとおり、教育・保育給付認定を申請するとともに、保育利用のための入所申込みをします。
なお、必要な場合は、一宮市において税関係書類の閲覧や、生活保護及びひとり親手当の受給状況、障害手帳の状況について確認をされることに同意します。また、申請書の内容、利用者負担額、給食費の減免に関する情報について、施設へ提供されることに同意します。

フリガナ				性別	生年月日		年齢
入所児童 氏名				男・女	令和 年 月 日		※R9.4.1現在 歳
入所希望 施設名 ※通園する可能性のある施設を全てご記入ください。	第1希望		第4希望		第7希望		
	第2希望		第5希望		第8希望		
	第3希望		第6希望		第9希望以降		
希望施設に入所 できない場合	1. 年度内空きまち		2. 取下げ		※右記該当箇所に○をつけてください。		入所児童の持病・障害の有無 有()・無
育休復帰 有 無	保育の実施を希望する期間 令和 年 月 1 日 から 令和 年 月 末日 まで・就学前 まで						復帰予定日 R . .
入所児童の 同居家族 (上記入所児を除く)	氏名	入所児童との続柄	性別	生年月日		職 業 (勤務先・保育所・幼稚園・児童発達支援等)	▼手帳
	フリガナ		父	男	大・昭 平		☐ 有
	フリガナ		母	女	大・昭 平		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
	フリガナ		男・女		大・昭 平・令		☐ 有
保護者と生計を一にする同居していない子等がいる場合は下欄にご記入ください							
氏名	入所児童との続柄	性別	生年月日		住所		
フリガナ		男・女	大・昭 平・令				
フリガナ		男・女	大・昭 平・令				
※保護者が入所児童と血縁関係にない場合、該当箇所に○をつけてください。				▼手帳:下線のものが該当 世帯内に身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを持つ方がいる世帯、あるいは特別児童扶養手当、障害基礎年金等を受給している方がいる世帯は、別様式の障害者世帯認定申請書を提出してください。			
血縁関係のない保護者	父・母	養子縁組	有・無				

(注) 1. 字はかい書ではっきりとボールペンでご記入ください。
2. 記入もれのある場合は、受付できません。「入所申込みの手引き」をよく読んでからご記入ください。
3. 訂正のある場合は、必ず訂正署名を訂正箇所付近に記載してください(修正液・修正テープ等は使わないこと)。
4. 4月入所の場合は認定事務が集中するため審査に時間を要することから、認定証は利用調整の結果とともに2027(令和9)年2月に送付します。

R9
R9
R9

該当欄にご記入ください。 ※個人番号(マイナンバー)について、申込時点で未転入の方は必ずご記入ください。

※個人番号 (マイナンバー)		入所児童				父				母							
家庭状況																	
母の状況 (入所時点)	外勤・自営・ 内職・就学・	会社名(学校名)						就労(就学)の内容									
		勤務地				月収(総支給額)				円							
		就労(就学)始期				年	月	日から	就労(就学)日数		週平均	日 × 4週 =	日				
		就労(就学)時間				時	分	～	時	分	育休取得	年	月	日～	年	月	日
	出産	予定日		年				月	日	産院名							
		出産後の予定		育児休業取得・就労復帰・その他()													
	疾病・障害	病名・障害名						病医院名									
		手帳の有無		有() 手帳 級・度・無				発病時期		年				月	頃		
		状況		・入院(年 月 日から)・通院(週 回)・自宅療養													
	看護・介護	看護・介護を受ける人						続柄()		事由発生時期		年				月	頃
		手帳の有無		有() 手帳 級・度・無				病名・障害名									
		状況		・入院(年 月 日から)・通院(週 回)・自宅療養													
母がいない		死亡・離婚・調停中・失踪・拘禁・未婚・その他()										年		月	より		
・求職中 ・育児休業取得中 ・その他()																	

父の状況 (入所時点)	外勤・自営・ 内職・就学・	会社名(学校名)						就労(就学)の内容									
		勤務地				月収(総支給額)				円							
		就労(就学)始期				年	月	日から	就労(就学)日数		週平均	日 × 4週 =	日				
		就労(就学)時間				時	分	～	時	分	育休取得	年	月	日～	年	月	日
	疾病・障害	病名・障害名						病医院名									
		手帳の有無		有() 手帳 級・度・無				発病時期		年				月	頃		
		状況		・入院(年 月 日から)・通院(週 回)・自宅療養													
	看護・介護	看護・介護を受ける人						続柄()		事由発生時期		年				月	頃
		手帳の有無		有() 手帳 級・度・無				病名・障害名									
		状況		・入院(年 月 日から)・通院(週 回)・自宅療養													
	父がいない		死亡・離婚・調停中・失踪・拘禁・未婚・その他()										年		月	より	
	・求職中 ・育児休業取得中 ・その他()																

※こちらには記載しないでください。

市記載欄	同居	祖父	有・無	就労・高齢・その他()				指数	父		母		合計		
		祖母	有・無	就労・高齢・その他()											
	◇兄弟姉妹入所状況 (1)有(兄・弟・姉・妹) (2)無 保育園 保育園 幼稚園 幼稚園														
	証明等 育休復帰	父	有・指示		母		有・指示		◇個人番号確認欄 ・個人番号カード・通知カード・個人番号記載の 住民票の写し・運転免許証・旅券・住記カード・ 保険証・()により、上記を確認						
	証明書は								に添付		確認者名				