

2027(令和9)年度保育所・地域型保育事業所等継続入所属

(あて先)

一宮市長

(兒童台)

アパート等は、名称・棟号室番号までご記入ください。

令和 8年 10月 13日

前住所を正確にご記入ください。

届出日をご記入ください。

保 護 者	住所	〒491-8501 一宮市本町2丁目5番6号			へんたい。 前住所を正確にご記入ください。	
	前住所	〒 愛知 都 道 府 県 名古屋 市 郡 中区三の丸3丁目1番1号				
	※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	イチノミヤ タロウ			連 絡 先	(自 宅) 0586-28-9024
	氏名(父)	一宮 太郎				(父携帯) 090-1234-5678
	フリガナ	イチノミヤ ハナコ				(母携帯) 090-5678-1234
	氏名(母)	一宮 花子			生計 中心者	☒ 父 ☐ 母

次のとおり、2027(令和9)年4月1日以降の入所について、次のとおり届け出ます。

なお、必要な場合は、一宮市において税関係書類の間覧や、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。

令和9年4月1日現在の
満年齢をご記入ください。

フリー 必要事項を記入してください。		ノミヤ イチロウ		性別 男・女	生年月日 令和 6年 10月 11日	年 2	※R9.4.1現在 入所児童 持病・障害の有無 有 ()
入所児童 名 一宮 一郎		(該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。) ① 同じく同じ施設を希望 ② 令和 9 年 3 月末日をもって退所 第1希望 貴 船 保育園 第2希望 富 士 保育園 第3希望 真 澄 保育園 第4希望 野 口 保育園 ③ 他の施設を希望		退園・退所を希望とする理由 申込締切後の園変更・追加は できませんのでご注意ください。		父 ○	母 ○
入所 希望 施設 名		※転園を希望し内定した場合、それまで在籍していた保育園は退園 となり、元の園に戻ることはできませんので、ご承知おきください。		4 疾病・障害のため 5 家族の看護のため 6 災害の復旧のため 7 その他 ()		育休復帰 有 () 復帰予定日 R . .	※上記該当箇所○をつけてください。

保育の実施を希望する期間 令和 9年 4 月 1 日 から 令和 年 月 末日 まで・就学前 まで

入所児童の同居	保育の実施を希望する期間（最長小学校就学始期に達するまでの間）をご記入ください。	学年	職業	▼手帳
一宮 太郎	父 男	大・昭 57・1・1	一宮市役所	☐ 有
ハナコ	母 女	大・昭 59・7・13	一宮市立市民病院	☐ 有
花子	女	大・昭 27・8・24	大志小学校 6年	☐ 有
夏男	父 男	大・昭 3・5・12	大志保育園 年長(申込中)	☐ 有
アキオ	祖父 男	大・昭 27・1・9	△○保育園(前委託先)	☐ 有
秋男	祖母 男	大・昭 28・3・3	内職	☐ 有
フユミ	男			☒ 有
冬美	女			☐ 有

入所児童以外のお子さんが、令和9年4月1日時点で保育園や幼稚園

保護者と生計を一にする同

氏名		入所児童との続柄		また、転入前に入園している保育所等があれば、（前委託先）としてご記入ください。	
フリガナ	ジロウ	兄	男	大・昭	17・6・30
次郎				平・令	
フリガナ				大・昭	
			女	平・令	〇〇県〇市××町25番地（〇〇大学下宿中）
※保護者が入所児童と血縁関係にない場合、該当箇所を〇で記入してください。				▼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			

認定保護者と生計を一にする

- ①保護者に監護される者
- ②保護者に監護されていた者（①が成年に達した場合）
- ③保護者又はその配偶者の直系卑属がいる場合、必ずご記入ください。

き」をよく読んでからご記入ください。

(修正液・修正テープ等は使わないこと)。

《記入例裏面》

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	123411112222	父	123433334444	母	123455556666
家庭状況						
R9.4月時点での母の状況について、 具体的にご記入ください。		一宮市立市			申し込み時点で住民票が無い方(未転入の方)につ いては、マイナンバーを必ず記入してください。	
母の状況 (入所時点)	勤務地	一宮市文京2丁目2番22号		月収(総支給額)	約20万円	
	就労(就学)始期	H16年 4月 1日から		就労(就学)日数	週平均5日×4週=20日	
	就労(就学)時間	8時30分～17時00分		育休取得	年月日～年月日	
	出産	予定日	R9年 3月 20日		産院名	一宮市立市民病院
	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	慢性気管支喘息		病医院名	一宮市立市民病院
		手帳の有無	有(手帳 級・度)無		発病時期	平成21年 8月頃
		状況	・入院(年 月 日から)・通院(週 4回)・自宅療養			
	看護・介護	看護・介護を受ける人	一宮 年男 続柄(曾祖父)		事由発生時期	平成8年 3月頃
		手帳の有無	有(身体障害者 手帳 3級・度)無		病名・障害名	脳卒中(寝たきり)
状況		・入院(年 月 日から)・通院(週 回)・自宅療養				
R9.4月時点での父の状況について、 具体的にご記入ください。		死亡・離婚・調停中・失踪・拘禁・未婚・その他() H23年 5月より				
・求職中・育児休業取得中・その他()						
父の状況 (入所時点)	会社名(学校名)	一宮市役所		就労(就学)の内容	事務職・営業職	
	勤務地	一宮市本町2丁目5番6号		月収(総支給額)	約25万円	
	就労(就学)始期	H14年 4月 1日から		就労(就学)日数	週平均5日×4週=20日	
	就労(就学)時間	8時30分～17時15分		育休取得	年月日～年月日	
	疾病・障害	病名・障害名	慢性気管支喘息		病医院名	一宮市立市民病院
		手帳の有無	有(手帳 級・度)無		発病時期	平成21年 8月頃
		状況	・入院(年 月 日から)・通院(週 4回)・自宅療養			
	看護・介護	看護・介護を受ける人	一宮 年男 続柄(曾祖父)		事由発生時期	平成8年 3月頃
		手帳の有無	有(身体障害者 手帳 3級・度)無		病名・障害名	脳卒中(寝たきり)
		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() H23年 5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 幼稚園								
	証明等	父	有・指示	母	有・指示	◇個人番号確認欄			
	育休復帰	父	繰上げ意向有・無	母	繰上げ意向有・無	・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 確認者名			
証明書は					に添付				