

## 平成24年度 保育園入園申込書〔兼児童台帳〕

(あて先) 園長

申込日 平成 年 月 日  
保護者氏名 印

**保育園の入園について次のとおり申し込みます。**

転入前の住所 (平成23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 転入予定
住所	伊那市 _____ [行政区 区 町 組] アパート名 _____ 号室 電話 _____ 有線 _____ (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	年齢 歳 平成24年4月1日現在		心身の障がい あり・なし
入園を希望する保育園	第1希望 保育園 (理由)				時 分 ~ 時 分希望	
	第2希望 保育園 (理由)				時 分 ~ 時 分希望	
	第3希望 保育園 (理由)				時 分 ~ 時 分希望	
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				
保護者及び同居の家族	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Ⅱ
			・			
			・			
			・			
			・			
			・			
			・			
			・			
<b>■家庭の状況</b> 1 単身赴任・別居世帯 2 幼稚園在園の兄弟あり・なし 3 生活保護世帯 4 母子父子世帯 (年 月~) 5 在宅障がい者(児)世帯 障がい者(児)氏名 _____ (以下該当項目に○をする) 療育手帳 身体障害者手帳 精神障害保健福祉手帳 国民年金の障害基礎年金等 特別児童扶養手当						
第1希望に入園できないとき		1 第2希望以下でよい    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	<b>■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65歳未満の祖父母)</b>					
	父 [ ]	1 家庭外労働 (常勤・パート・農業・自営)	4 病気、負傷、心身の障がい等			
	母 [ ]	2 家庭内労働 (内職・自営)	5 病人等の介護			
祖父 [ ]	3 母親の出産 (予定日 年 月 日)	6 家庭の災害等				
祖母 [ ]		7 求職中				
		8 その他 [ ]				
	<b>育児休業取得(予定)の方は全員記入してください。</b> <input type="checkbox"/> 育児休業予定期間 年 月 日から 年 月 日					

この申込書及び添付書類等により得られた個人情報、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	保育の実施 要・否	理由 ( )
	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
	転園 年 月 日 _____ 保育園	退園 年 月 日 (理由) 転出・実施理由消滅
	<input type="checkbox"/> 保育料 滞納なし・滞納あり (誓約書あり・なし) <input type="checkbox"/> データ処理 月 日 保育料 _____ 階層 _____ 円 × _____	
	入園承諾書 月 日 料金決定通知書 月 日 <input type="checkbox"/> 振 納付書	

# 家庭状況調査票

## 1 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		

## 2 農業経営の状況

区分	経営内容	出荷量
水田	水稻 a	俵
畑	a 品目	箱
果樹園	a 品目	箱
畜産	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	

## 3 自家経営の状況

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

#### 4 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、心身の障がい等」が理由の方（父母及び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 M.T.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	
医師等氏名 _____ (印)	

- (3) 「病人等の介護」が理由の方（父母及び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 . . .
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	
医師等氏名 _____ (印)	

**5 就労の状況** (父母及び65歳未満の祖父母について証明が必要です。)

- \* 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。
- \* 本人の健康保険被保険者証の写し(国民健康保険を除く)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	父	氏名		
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) 園長 住 所		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		
会社名・事業主名等		電話番号 _____ ⑩		

児童との続柄	母	氏名		
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) 園長 住 所		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		
会社名・事業主名等		電話番号 _____ ⑩		

児童との続柄	祖父	氏名		
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) 園長 住 所		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		
会社名・事業主名等		電話番号 _____ ⑩		

児童との続柄	祖母	氏名		
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) 園長 住 所		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		
会社名・事業主名等		電話番号 _____ ⑩		

# 入園に関する確認票

児童氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 年 月 日

第1希望保育園 \_\_\_\_\_ 保育園

下記事項について確認いたします。

父の署名 \_\_\_\_\_ 印 母の署名 \_\_\_\_\_ 印

## 誓約事項

- 1 保育園の入園決定を受けた後は、保育園の規定を守り、保育料は責任を持って期限内に納付することを誓約します。

## 承諾事項

- 1 保育料に係る世帯の階層認定を行うに当たり、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、障がいに係る台帳を確認することを承諾します。
- 2 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、上記児童が加入することを承諾します。

## 確認事項

- 1 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。
- 2 入所理由が「求職中」の場合は入園後3か月以内の就労が要件となります。
  - ① 0.1.2歳児クラスは、3か月以内に「就労証明書」の提出がない場合は退園していただくことになります。
  - ② 年少クラス以上は、定員に余裕がある場合は求職期間の延長が認められます。
- 3 入所理由が「母親の出産」の場合・・・出産予定日の2か月前から出産2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4か月後の月末まで。)  
〔育児休業取得の場合〕
  - ① 0.1.2歳児クラス 出産2か月後の月末までの入園となります。多胎児は出産後4か月末までとなります。
  - ② 年少クラス以上 クラス定員に余裕がある場合は継続して在園ができます

(産後の体調不良等、考慮すべき事情がある場合は、子育て支援課までご相談ください。)

## 連帯保証人

今回入園申請する児童の保育料について、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。

平成 年 月 日

連帯保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印 保護者との続柄 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

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。