

子どものための教育・保育給付認定申請書  
(恵那市こども園・保育園等入園申込書 兼 保育台帳)

年 月 日

保護者氏名

岐阜県 恵那市長 様

|                        |                                                                                                                                                          |       |     |               |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|
| 申請に係る<br>小学校就学前<br>子ども | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                                            | 生年月日  | 性別  | 入園(4月1日)時点の年齢 |
|                        |                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 男・女 | 歳             |
| 保護者<br>住所・連絡先          | (住所)                                                                                                                                                     |       |     |               |
|                        | 申込年の1月1日時点の住所<br><input type="checkbox"/> 恵那市内 <input type="checkbox"/> 恵那市外 ( 県 市・郡 町・村 番地 )                                                            |       |     |               |
|                        | 電話番号1 - 電話番号2<br>( ) ( ) - ( )                                                                                                                           |       |     |               |
| 個人番号                   | ※入園を希望する子どもの個人番号を記入してください。                                                                                                                               |       |     |               |
| 希望するコース<br>(※)         | <input type="checkbox"/> A. こども園 (幼児コース) <input type="checkbox"/> B. こども園 (幼保・保育コース) <input type="checkbox"/> C. 私立保育園 <input type="checkbox"/> D. 地域型保育 |       |     |               |
| 子どもの状況                 | 心身の状況 良 ・ 普通 ・ 弱                                                                                                                                         |       |     |               |
|                        | 病気 無 ・ 有 (病名: )                                                                                                                                          |       |     |               |
|                        | アレルギーの有無 無 ・ 有 ( )                                                                                                                                       |       |     |               |
|                        | 現在の保育状況 保護者 ( 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 ( ) )                                                                                                                    |       |     |               |
|                        | 障害者手帳等 無 ・ 有 (身体障害者手帳 級・療育手帳 級)                                                                                                                          |       |     |               |

(※)・「D. 地域型保育」には小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育が含まれます。  
・「A. 幼児コース」の場合、「③保育の利用を必要とする理由等」への記載は必要ありません。

①世帯の状況

|                                 |               |                                                                          |       |    |                   |      |    |
|---------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|----|-------------------|------|----|
| 区分                              | (ふりがな)<br>氏 名 | 子ども<br>との<br>続柄                                                          | 生年月日  | 年齢 | 職 業<br>又は<br>学校名等 | 個人番号 | 備考 |
| 子<br>ど<br>も<br>の<br>世<br>帯<br>員 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
|                                 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
|                                 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
|                                 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
|                                 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
|                                 |               |                                                                          | 年 月 日 |    |                   |      |    |
| 生活保護の適用の有無                      |               | <input type="checkbox"/> 適用無 ・ <input type="checkbox"/> 適用有 ( 年 月 日保護開始) |       |    |                   |      |    |

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

|                     |                 |                                                                                                                                                                |        |
|---------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 利用希望期間              | 年 月 日から 年 月 日まで |                                                                                                                                                                |        |
| 利用を希望する<br>施設（事業者）名 | 施設（事業者）名・希望理由   |                                                                                                                                                                | 事業所番号* |
|                     | 第1希望<br>(理由)    | <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近<br><input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |
|                     | 第2希望<br>(理由)    | <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近<br><input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |
|                     | 第3希望<br>(理由)    | <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近<br><input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |

※「希望するコース」でB・C・Dを選択した場合に記入してください。

④税情報等の提供に当たっての署名又は記名押印

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。＊印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。  
○字は楷書ではっきりと書いてください。

\*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

|              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| 施設（事業者）名     | (事業所番号： )                      |
| 担当者氏名<br>連絡先 | (担当者)<br>(連絡先)                 |
| 利用契約（内定）の有無  | あり（ 契約・内定（ 年 月 日契約（内定）） ） ・ なし |
| 備 考          |                                |