

令和3年度 保育園等入園申込書（兼保育児童台帳）
及び 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定（現況）申請書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

新規	↓令和2年度に通っている（内定している）保育園名
継続	保育園
転園	保育園
入園申込人数	1人 ・ 2人 ・ 3人以上

保育園等の入園 及び 施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定について
関係書類を添えて次のとおり申し込みます。

代表保護者	ふりがな		電話	自宅	
	氏名			緊急連絡①	()
	住所	〒		緊急連絡②	()

()の中に父・母等記入してください。↑
*代表保護者を保育料の支払い等の通知を行う納付義務者とします。

受付印

受付番号

入園児童	ふりがな	性別	生年月日	令和3年4月1日現在の年齢	児童について特に心配な事柄 発達・アレルギー・病気等 (有の場合は内容)
	氏名	男・女	平成・令和 年 月 日	歳	無・有
認定者番号	No. ()	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。わからない場合は、あけておいてください。			※市記載欄→ 2 8 3 11
入園希望保育園	第1希望	保育園	希望理由：自宅に近い・勤務先に近い・その他 ()		3・4・5歳のみの小学校区である・ない
	第2希望	保育園	希望理由：自宅に近い・勤務先に近い・その他 ()		小学校区である・ない
	第3希望	保育園	希望理由：自宅に近い・勤務先に近い・その他 ()		小学校区である・ない
保育を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			保育必要量の希望区分	どちらかに○をつけてください 標・短
保育を希望する時間	平日	時 分 ~ 時 分	送迎者	父・母・祖父・祖母 その他 ()	
	土曜日	時 分 ~ 時 分	送迎者	父・母・祖父・祖母 その他 ()	
保育の利用を必要とする理由 (該当する□に✓) と具体的な理由	続柄	必要とする理由			具体的な理由
	父	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他 ()			
	母	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □その他 ()			

入園児童の家庭状況(令和3年4月1日時点)※上記の入園児童以外をご記入ください。同住所の祖父母の記入も必須です(別世帯含む)。

区分	氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	職業等 在籍校名	就労時間 保護者除く	障害者手帳等 をお持ちの方は 障害の程度	個人番号 (マイナンバー)
入園児童の世帯員	入園希望児童	本人	→						
		父	年 月 日		男			
		母	年 月 日		女			
			年 月 日		男・女			
			年 月 日		男・女			
			年 月 日		男・女			
			年 月 日		男・女			
該当するところに○をつけてください	母子・父子世帯	有・無	在宅障害者	有・無	生活保護受給	有・無			

入園の承諾、保育の実施、利用者負担額の算定、及び施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定にあたり、甲賀市保育園等入園申込案内を読んだ上で、上記内容で保育園等の入園申込及び支給認定（現況）申請を行い、甲賀市が次の調査等を行うことに同意します。
また、申込内容に変更が生じた場合は速やかに連絡をします。

- ① 上記世帯員の就労状況について、就労先の雇主等その他の関係者に対して調査すること。
- ② 上記世帯員の課税状況について、課税台帳を閲覧・照会し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、入園施設に対して提示すること。
- ③ 在園中の保育支援のため、児童の健康診査の受診状況や発達相談・診察等の記録などの情報を収集し利用すること。
- ④ 入園児童の家庭状況について、住民記録を閲覧・照会すること。
- ⑤ この申請書に記載の情報を利用を希望する施設に提供すること。

代表保護者名



※注意：裏面も必ず記入してください。楷書ではっきりと書いてください。（黒のボールペンで記入してください。消えるペンは不可）

【家庭状況報告書】 記入内容に相違がある場合は、入園承諾をしても退園していただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

※該当する欄に記入し、入園基準に応じた書類を添付して提出してください。

項目	父の状況		母の状況		添付書類	
	父のいない場合の理由		母のいない場合の理由		父	母
	[死亡・離婚・その他()]		[死亡・離婚・その他()]			
就労(育休含む)	居宅外就労	勤務先			・就労状況証明書(令和2年9月以降に発行されたもの) さらに、 ■自営(中心者)の場合は下記書類(写)も添付 ・開業届 ・営業許可書 他 ■自営(協力者)の場合は事業主の確定申告など専従者であることがわかるものを添付 ■自営の場合は事業所の所在地がわかるものも添付	
		所在地	TEL	TEL		
		雇用形態	常勤・非常勤・パート・自営・()	常勤・非常勤・パート・自営・()		
		勤務時間	月～金 時 分～ 時 分	月～金 時 分～ 時 分		
			土 時 分～ 時 分	土 時 分～ 時 分		
		就労日数	1か月あたり: 日	1か月あたり: 日		
		H31.1.1以降、海外赴任をしている場合、	海外赴任を記入ください 年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月		
居宅内就労	勤務先			・就労状況証明書 ・農業申立書 ※いずれか一点 さらに、 ■中心者の場合は下記書類(写)も添付 ・開業届 ・営業許可書 他 ■協力者の場合は事業主の確定申告など専従者であることがわかるものを添付 ■内職の場合は家内労働手帳を添付		
	所在地	TEL	TEL			
	雇用形態	自営業・農業・内職・()	自営業・農業・内職・()			
	経営区分	中心者・協力者	中心者・協力者			
	勤務時間	月～金 時 分～ 時 分	月～金 時 分～ 時 分			
		土 時 分～ 時 分	土 時 分～ 時 分			
	就労日数	1か月あたり: 日	1か月あたり: 日			<input type="checkbox"/>
妊娠・出産、その他			令和 年 月 日出産予定	母子手帳の写し他	<input type="checkbox"/>	
保護者の疾病・障がい	状態 (保護者が病気・負傷・心身に障がいがある)	通院中(月 回)・入院中	通院中(月 回)・入院中	・診断書(写)(1ヶ月以内のもの) ・各種認定証(写) ・手帳(写) ※いずれか一点		
		病名:	病名:			
		病院名:	病院名:			
		心身障害の場合:手帳の種類・番号	心身障害の場合:手帳の種類・番号			
その他具体的に	その他具体的に	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
親族の介護・看護	介護を要する人			・介護スケジュール表及び介護者の状況表 ・診断書(写)(1ヶ月以内のもの)または介護保険被保険者証(写)等		
	児童からみた続柄					
	傷病名					
	介護の状態	通院中(月 回)・施設通所(週 回)	通院中(月 回)・施設通所(週 回)			
	入院中(病院名:)	入院中(病院名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	在宅(ねたきり 重度心身障害 他)	在宅(ねたきり 重度心身障害 他)				
求職活動等の状況	就労先が(決定・未定)	就労先が(決定・未定)	・確約書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	決定の場合 令和 年 月 日 から()に勤務予定	決定の場合 令和 年 月 日 から()に勤務予定				
就学	就学先:	就学先:	・在学期間が記入された在学証明書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	就学時間: 時 分～ 時 分	就学時間: 時 分～ 時 分				
	就学期間: 年 月 日～ 年 月 日	就学期間: 年 月 日～ 年 月 日				
災害復旧	災害の状況		・罹災証明他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	証明者・印	証明者 印				

個人番号の記載	□有 □無	番号確認書類	□個人番号カード □通知カード □個人番号が記載された住民票の写し
		身元確認書類	□個人番号カード □顔写真付き身分証明書 □その他2種類()