

令和9年度

幼稚園・認定こども園 教育標準時間認定 入園申込書

施設型給付費 教育・保育給付認定申請書

整理番号

四日市市長  
四日市市教育委員会 宛

令和 年 月 日

次のとおり幼稚園・認定こども園（教育標準時間認定）への入園を申し込みます。  
次のとおり施設型給付費にかかる教育・保育給付認定を申請します。  
なお、四日市市が施設型給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一住所の者を含む。）及び世帯情報等を閲覧すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）、生活保護受給状況、児童扶養手当に関する情報を閲覧することに同意します。また、特定教育・保育施設等に対して必要に応じ情報提供することに同意します。  
上記に加え、保育料や園児給食代金等を滞納した場合、四日市市職員が自宅及び勤務先へ電話又は訪問、勤務先への給与照会、金融機関等への財産調査及び差押等滞納処分を行うことに同意します。

〒

保護者住所 四日市市

連絡先

※主たる連絡先に☑を入れてください。

※現時点で市外在住の方

(転入予定日)

代表保護者名

※課からの通知の宛名となります。

☐父携帯

☐母携帯

令和8年1月1日時点で、住民票が当市以外の方はその市町村名を記入してください（ ）  
令和9年1月1日時点で、住民票が当市以外の方はその市町村名を記入してください（ ）

| 申請児童 | 氏名（フリガナ） | 歳児 | 生年月日     | 性別  | 申請児童は第三子以降に該当しますか |
|------|----------|----|----------|-----|-------------------|
|      | ( )      |    | 令和 年 月 日 | 男・女 | はい ・ いいえ          |

次の①から⑤について記入してください

①世帯の状況 ※申請児童以外を記入してください

|       | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日         | 勤務先・学校等 | 備考 |
|-------|----|--------|--------------|---------|----|
| 世帯構成員 |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |
|       |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |
|       |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |
|       |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |
|       |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |
|       |    |        | T・S・H・R<br>・ |         |    |

②利用を希望する期間、希望する園名 ※希望する園を1園のみ記入してください

| 利用を希望する期間                      | 利用を希望する幼稚園・認定こども園名                                           |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 希望する期間に☑を入れてください<br>令和 年 月 日から |                                                              |
| ☐小学校就学前まで<br>☐令和 年 月 日まで       | 令和9年度の保育所や認定こども園の保育認定の申込みをしていますか（またはする予定ですか）<br><br>はい ・ いいえ |

|         |    |                                                                                        |                             |                             |  |
|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 家庭の状況   |    | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外                          |                             |                             |  |
| 生活保護の状況 |    | <input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（      年      月      日保護開始） |                             |                             |  |
| 父方      | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居（同一住所別世帯を含む）<br><input type="checkbox"/> 別居（住所              | <input type="checkbox"/> 離別 | <input type="checkbox"/> 死別 |  |
|         | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居（同一住所別世帯を含む）<br><input type="checkbox"/> 別居（住所              | <input type="checkbox"/> 離別 | <input type="checkbox"/> 死別 |  |
| 母方      | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居（同一住所別世帯を含む）<br><input type="checkbox"/> 別居（住所              | <input type="checkbox"/> 離別 | <input type="checkbox"/> 死別 |  |
|         | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居（同一住所別世帯を含む）<br><input type="checkbox"/> 別居（住所              | <input type="checkbox"/> 離別 | <input type="checkbox"/> 死別 |  |

| 送 迎 方 法                                                                                                             | 送 迎 人                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( ) |

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発育歴                                                                                                                                      | 出生体重( )g 在胎週数( )週<br>首すわり( )ヵ月 おすわり(支えなしですわれる)( )ヵ月<br>はいはい( )ヵ月 一人歩き( )歳( )ヵ月<br>ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話す ( )歳( )ヵ月                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 健診時の指摘<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有( )ヵ月健診<br>( )歳半健診<br>健診での指摘内容や<br>発育発達面で気にな<br>ることがあれば右側<br>に記入してください | <input type="checkbox"/> 発育(身長・体重の伸び等： )<br><input type="checkbox"/> 運動発達(歩けない・その他： )<br><input type="checkbox"/> 言語発達(言葉がでない・言葉が増えない・その他： )<br><input type="checkbox"/> 情緒(かんしゃくがひどい・落ち着きがない・人や物に関心を示さない・<br>目があいにくい・その他： )<br><input type="checkbox"/> 発達等の相談をしたことがある・定期的に相談している<br>(いつ： 相談施設名： )                                                                    |
| 病歴                                                                                                                                       | 過去にかかった病気(現在は、治癒していて経過観察が不要なもの)<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名： )<br>現在治療中の病気<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名： )(かかりつけ医： )<br>ひきつけ<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(熱性けいれん・てんかん・その他： )<br>(初回： 年 月)(直近： 年 月)(かかりつけ医： )                                                                |
| 食物アレルギー<br><input type="checkbox"/> 離乳食を開始して<br>いないため不明<br><input type="checkbox"/> 無                                                    | <input type="checkbox"/> 過去に有(以前診断され除去していたが、医師の許可を得て、現在は食べれるようになった)<br>( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 現在 有(かかりつけ医： )<br>( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( ) |

※園の自由記述欄

|  |
|--|
|  |
|--|