

令和 8 年 度 入 園 案 内 (1号)

名古屋市港区七番町五丁目3番地

社会福祉法人 愛名

愛名保育園

TEL052-653-6016

★園の重要事項説明書をよくお読み頂き、ご理解の上、下記の要項申し込みをお願いします。
「重要事項説明書は、ホームページの入園のしおりです」

記

- ★募 集 園 児 *3歳児 (2名) 「令 4 年 4 月 2 日 生 ~ 令 和 5 年 3 月 31 日 生」
- ★提出する書類 *入園願書
*内科検診問診表 (在園児は不要です)
※入園書類は園で配布致します。
- ★提出する期間 *9月 1 日 (月) ~ 11 月 14 日 (金)
平日 10:00~16:00
(土曜日、日曜、祝日を除く)
- ★面 接 日 時 *11 月 19 日 (水) 10:00~
愛名保育園
- ★新入園児募集 *園の所定の入園説明会に必ずお子様とご参加下さい。(月 2 回程度)
*1 号用入園願書をお持ち下さい。
*お子さまと一緒にご来園下さい。面接後入園決定のご連絡をさせていただきます。
(お子さまの状況により体験入園後決定させていただく場合もあります)
(応募の状況により、受付の順番に申込を受けさせていただく場合あり)
*持病アレルギーのある方は事前にご相談下さい。
(場合によっては入所出来ない事もあります)
*申込多数の場合は抽選となります。兄弟又は在園児を優先とさせていただきます。
*1 号・2 号の同時入所申請は出来ません。
- ★在園児の募集 *1 号用入園願書をお持ち下さい。
*1 号・2 号の同時入所申請は出来ません。
- ★入園内定後、施設型給付費支給認定申請書 (1 号認定用) をお渡しいたします。
※令和 7 年 11 月 28 日 (金) までにご提出下さい。

歳児

内科検診問診票

令和 年 月 日 記入

ふりがな		生年月日	男・女
氏名		平成 年 月 日	

病気についてお尋ねします。下記の質問に「はい・いいえ」のどちらかに○をつけて下さい。
また、「はい」と答えられた方は（ ）またはく >の中に記入をお願いします。

①心臓等の疾病にかかった事がありますか。 病名（ ）	はい	いいえ
②大きな病気や手術をしたことがありますか。 （ ）	はい	いいえ
③喘息はありますか。 はいに○をつけられた方は、最近いつ頃ありましたか。 （ ）	はい	いいえ
④アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー／食品名（ ） <input type="checkbox"/> その他のアレルギー（ ）	はい	いいえ
⑤熱性けいれんを起こした事がありますか。 はいに○を付けられた方は、年月日と回数を記入下さい。 < 回 > < 年 月 日 > < 年 月 日 > < 年 月 日 > < 年 月 日 >	はい	いいえ
⑥てんかんを起こした事がありますか。	はい	いいえ
⑦持病がありますか。 病名（ ）	はい	いいえ
⑧肘内障を起こした事がありますか。 はいに○をつけられた方は、年月日と回数を記入して下さい。 < 回 >	はい	いいえ
⑨名古屋市もしくは、(居住市町村)の検診で何か言われたことはありますか。 はいに○を付けた方は、具体的に詳しく記入して下さい。 （ ）	はい	いいえ
⑩病気等で園に知っておいてもらいたい事があれば記入して下さい。 （ ）		

※状況によっては園でお預かり出来ない場合もあります。

入園後に分かった場合は同様です。(この限りではありませんので、園にご相談下さい。)

※願書と一緒に必ずご提出下さい。

※持病をお持ちの方(てんかんなど)は、状態によって診断書、同意書等を園に提出していただく場合があります。

教育・保育給付1号 施設等利用給付認定申請書

(宛先) 名古屋市 区長

年 月 日

保護者 住所 名古屋市 区

(マンション・アパート名)

氏名

個人番号

電話番号 自宅

携帯電話①【父・母・()】

携帯電話②【父・母・()】

※父・母以外の場合は、()に児童との関係を記入してください。

次のとおり、教育・保育給付1号
施設等利用給付に係る認定を申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料（必要に応じ世帯分を含む。）、住民基本台帳、生活保護受給状況、障害の種類及び程度に関する資料、児童扶養手当、ひとり親家庭手当、愛知県遺児手当に関する資料及びひとり親家庭医療助成制度に関する資料、並びに妊娠の届出に関する資料を確認されることに同意します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	性 別	健 康 状 態 等	障 害
		年 月 日 (4月1日現在) 歳	男 ・ 女	(良好 病弱)	有 / 無

利用を予定する 施設(事業)名	区 分	施設名称	事業種別	施設所在地
	幼稚園 認定こども園		幼稚園・認定こども園	
		預かり保育の利用(予定)	有 ・ 無	
	認可外保育 施設等		認可外・一時預かり 病児保育・のびサポ	

希望する認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1号認定(教育・保育給付1号認定)	認定を希望する理由 (新2号認定・新3号認定 を希望する方に限る)
	<input type="checkbox"/> 新1号認定(施設等利用給付1号認定)	
	<input type="checkbox"/> 新2号認定(施設等利用給付2号認定)	
	<input type="checkbox"/> 新3号認定(施設等利用給付3号認定) (生活保護世帯・市町村民税非課税世帯・里親)	

利用を予定する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ・ 小学校就学前まで
-----------	------------------------------

家 族 の 状 況	氏 名 (フ リ ガ ナ)	続 柄	生 年 月 日	健康状態等	備考
				個人番号	

生活保護の受給状況	1. 適用なし 2. 申請中 3. 適用あり(年 月 日)開始 (担当ケースワーカー)
-----------	---

※新2号・新3号認定を希望される方は裏面も必ずご記入ください。

※以下は新2号・新3号認定を希望する方のみご記入ください。

区 分		いずれかに○をしてください ※保護者が父母以外の場合は、()に児童との関係を記入してください。				
		父・()の状況		母・()の状況		
就労・就学・求職	要件	居宅外・居宅内・就労予定・就学・求職・その他()		居宅外・居宅内・就労予定・就学・求職・その他()		
	形態	居宅外(被用者)[常勤・非常勤(派遣・パート・その他())]		居宅外(被用者)[常勤・非常勤(派遣・パート・その他())]		
		居宅外(自営業)[経営者本人・専従者・協力者・他()]		居宅外(自営業)[経営者本人・専従者・協力者・他()]		
		居宅内[内職・自営業(経営者本人・専従者・協力者・他())]		居宅内[内職・自営業(経営者本人・専従者・協力者・他())]		
	勤務先 就学先	所在地:		所在地:		
		名称:		名称:		
		勤務先・就学先 電話番号 —		勤務先・就学先 電話番号 —		
	就労・就学年月日	年 月 日(予定)		年 月 日(予定)		
	就労内容					
	就労・就学時間	1日 時間・週 日勤務(週 時間以上勤務)、1か月 日勤務		1日 時間・週 日勤務(週 時間以上勤務)、1か月 日勤務		
(残業時間を含まず、規定の勤務時間について休憩時間を含めて24時間表記でご記入ください。夜勤は夜24時を含む勤務をご記入ください。)						
時 分から 時 分(うち休憩 分)		時 分から 時 分(うち休憩 分)				
産休・育休の取得		[取得中・取得予定・なし] (取得期間 年 月 日～ 年 月 日)		産休・育休の取得	[取得中・取得予定・なし] (取得期間 年 月 日～ 年 月 日)	
就学の卒業(修了)日	年 月 日(予定)		年 月 日(予定)			
不在の場合	単身赴任・留学・離別・死別・その他() 年 月～ 別居中(居所:)		単身赴任・留学・離別・死別・その他() 年 月～ 別居中(居所:)			
出産予定	年 月 日(予定)		母子健康手帳 No.			
家族の病気が障害・介護	病人等の氏名		児童との続柄		診断名	
	手帳の交付状況	1. 身体障害者手帳 2. 愛護手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		級 度 級	病院名及び今後の治療期間	
	病人等の状況	1. 入院中・寝たきり 2. 通院中かつ常時安静 3. 通院中かつ月16日以上かつ週16時間以上の安静が必要				
	(介護でのお申込の場合は以下もご記入ください。)					
	主な介護者	父・母・その他()				
	介護の状況	1. 病人・障害者の介護・付き添い(月20日以上週40時間以上) 2. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週30時間以上) 3. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週24時間以上) 4. 病人・障害者の介護・付き添い(月16日以上週16時間以上)			住所(別居のみ)	電話番号 —

委任状欄	私は、 認定保護者氏名 _____ 印 を代理人と定め、個人番号を記載した本認定の申請に関する権限を委任します。 ※認定保護者以外の方が提出に来られる場合にご記入ください。
------	---

* 施設記載欄(認定こども園・幼稚園のみ)

受付年月日	年 月 日
施設名	
利用内定の有無	有 (年 月 日) ・ 無
備考	

* 事務センター記載欄

受理日	年 月 日	入力担当者:()	連絡担当者:()
認定区分	教育・給付1号	新1号	新2号 新3号
支給認定期間	自 年 月 日 至 □小学校就学前 □ 年 月 日		
備考			