

保育所等における保育の利用申込書

-

松 原 市 長 殿

年 月 日

保育所等における保育の利用について、次のとおり申し込みます。

保 護 者	現住所	〒580- 松原市			
	氏 名	自 宅	-	-	
		携帯(父)	-	-	
		携帯(母)	-	-	
保 育 の 利 用 を 希 望 す る 保 育 所 等 名	第1希望	保育所 認定こども園	(希望理由)	見学 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> しない	
	第2希望	保育所 認定こども園	(希望理由)	見学 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> しない	
	第3希望	保育所 認定こども園	(希望理由)	見学 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> しない	
	第4希望以下				
保育の利用を希望する期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
利 用 す る 子 ど も	ふりがな	生 年 月 日		性別	保護者との続柄
	氏 名	年 月 日 生		男・女	
利 用 す る 子 ど も の 家 族 (同居の人全員を記入)	氏 名	本人との続柄	生 年 月 日	勤 務 先 名	
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
支給認定証番号		() ※既に保育の必要性の認定を受けている場合のみご記入ください。			

備考 子ども2人以上の利用を希望するときは、1人につき1枚の申込書を提出してください。

保護者等の状況

1. 祖父母の状況

父 方	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) _____ /電話番号 _____	
	祖父名 _____	歳 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他() _____
	祖母名 _____	歳 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他() _____
母 方	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) _____ /電話番号 _____	
	祖父名 _____	歳 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他() _____
	祖母名 _____	歳 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他() _____

2. 児童の送迎(第1希望の保育所等を基準としてご記入ください。)

主に送る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() _____		
その方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() _____	自宅から保育所等 までの所要時間	() 分
主に迎えに行く人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() _____		
その方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() _____	勤務先等から保育所等 までの所要時間	() 分

3. 両親の状況(別居・不在の場合のみご記入ください)

<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母 (年 月 日) ※下段を記入してください。
<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他() _____

4. 転居予定

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月 日) 転居先住所(_____)

5. 出産の予定

<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(予定日: 年 月 日) ※母子手帳の写しを添付してください。

6. 育児休業休暇の取得状況

<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(年 月 日 から 年 月 日 まで)

7. すでにごきょうだいが認可保育所に利用されている方のみご記入ください。

<input type="checkbox"/> 利用中のきょうだいと同じ保育所のみ希望する <input type="checkbox"/> きょうだいが別々の保育所になってもよい
<input type="checkbox"/> きょうだいが同じ保育所を希望するので利用中の児童が転所してもよい ただし転所できない場合は、 <input type="checkbox"/> 別々の保育所になってもよい <input type="checkbox"/> 別々の保育所は希望しない

8. 2人以上の児童を申し込みされている方のみご記入ください。

<input type="checkbox"/> ①同じ保育所、同時期の利用のみ希望する <input type="checkbox"/> ②別々の保育所でもかまわないが、同時期の利用を希望する <input type="checkbox"/> ③同じ保育所を希望するが、利用時期は別になってもよい (<input type="checkbox"/> 優先児童名())・ <input type="checkbox"/> どちらからでもよい <input type="checkbox"/> ④別々の保育所でもかまわない、利用時期も別になってもよい (<input type="checkbox"/> 優先児童名())・ <input type="checkbox"/> どちらからでもよい
☆ ③④を選択された方へ ⇒(一人だけ利用の場合、利用できなかった児童は _____)
☆ ②③④を選択し、かつ、第2・第3希望まで希望されている方へ ⇒第2希望以下の保育所でも同じ保育所で同時期に利用できるなら、 <input type="checkbox"/> 下位でもよいので同じ保育所で同時期の利用を希望する <input type="checkbox"/> 下位なら希望しない

児童の状況等

1. 児童の保育状況 ※()内に①～⑥の番号を記入してください。(複数回答可)

○現在の保育状況()	○利用決定できなかった場合の保育状況()
①両親 ②親族() ③勤務先(自営先)へつれて保育 ④幼稚園・他市保育所利用(施設名) 年 月から利用中 ⑤無認可・事業所内保育所・一時保育利用等(※領収書の写しを添付してください。) (施設名) 年 月から 日/月) ⑥申込児童の弟・妹の育児休業取得前まで、認可保育所を利用していた (施設名) 年 月まで	

2. 児童の心身障害について

<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(障害名)	(手帳等の有無: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
---	--

3. 児童問診表 記入日 年 月 日

発達の状況	○妊娠・出生時に異常はありましたか <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()		
	出生時(週) 体重(g) 身長(cm)		
	○首のすわり(か月) ○寝返り(か月) ○おすわり(か月)		
	○歩き始め(か月) ○人見知り(か月) ○片言をいう(か月)		
	○指さしをしますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	○簡単な指示・禁止がわかりますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
身体の様子	○簡単な会話ができますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	○今までに定期健診は受けてきていますか(受けたものにチェックしてください)		
	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 乳児後期健診 <input type="checkbox"/> 1歳7か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診		
	○健診時に指導や指摘を受けましたか <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(下記も記入してください)		
	(内容)		
	○「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	はいの場合	・(歳 か月頃)に(___℃・発熱なし)の状態でおこりました	
		・発熱時医師から座薬の指示がありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(___℃以上)	
		・今までにけいれんを何回おこしましたか ___回 (その内入院は ___回)	
	○「アレルギー」はありますか		
	ぜんそく <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (歳 か月頃)		
	食べ物 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (種類)		
	その他 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (起因物質)		
	検査医療機関() 検査実施日(年 月)		
	○大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(病名)		
○定期的に通院している病気はありますか <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(下記も記入してください)			
病名: 病院名: 通院: か月 回			
○毎日つづけて飲む薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい()			

子どもさんの健康状態や発達について気になること、心配なことがあれば書いて下さい。□なし

注 各項目について該当する□欄にチェックをして、必要事項を記入してください。