

# 保育所等における保育の利用申込書 ※転所申請用

-
---

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)	-	-	
現在利用 中の保育 所等名					
保 育 の 利 用 を 希 望 す る 保 育 所 等 名 称	第1希望	保育所 認定こども園	(希望理由)		
	第2希望	保育所 認定こども園	(希望理由)		
	第3希望	保育所 認定こども園	(希望理由)		
	(転所を希望する理由: )				
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。

\*市町村記入欄

受付日
受付者
入力者

## 利用調整時の条件

1. 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。

- ①同じ保育所に同時期に転所できる場合のみ転所する
- ②別々の保育所でも転所する  
(優先児童名( )・どちらからでもよい)

## 児童の状況等

1. 児童の心身障害について

無・有(障害名 (手帳等の有無: 有・無))

2. 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		
○簡単な会話ができますか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
身体の様子	○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( )			
○予防接種状況がわかるもの(母子手帳等)をご持参ください			
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。 <input type="checkbox"/> 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。