

令和5年度保育所入所申込書兼児童台帳兼現況届

| | |
|--------|-------|
| 園名(決定) | |
| 保育世帯番号 | |
| 申込区分 | 新規・継続 |

荻田町長 様

保育所への入所につき、次の項目に同意の上、申し込みます。

- ①利用者の負担額の決定に際し、世帯員の市町村民税に係る税額等の課税情報を閲覧し、調査すること。
- ②決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- ③利用を希望する保育施設等から重要事項の説明を受け、内容を確認していること。

なお、虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、決定を取消し又は退所させられても異議は申し立てません。

申込日：令和 年 月 日

保護者氏名

①

●太枠の中を記入してください。

| | | | | | |
|------------------------|------------------|-----------|----|----|-----|
| 住所 (転入の場合は 予定住所) | 荻田町 | | 電話 | 自宅 | |
| | 転入予定の場合 (現住所) | | | 携帯 | () |
| | | (/ 転入予定) | | 携帯 | () |

| 申込 児童 | 児童氏名 (生年月日) | 年齢 (R5年4月 1日現在) | 性別 | 入所を希望する期間 | 町記載欄 | |
|----------|----------------|-----------------------|----|---|---|------|
| | | フリガナ | | 男 | 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 年度末 | 月～ |
| | (H・R 年 月 日生) | 歳 | 女 | <input type="checkbox"/> 年 月末日 | 月～ | 標準・短 |
| | フリガナ | | 男 | 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 年度末 | 月～ | 標準・短 |
| | (H・R 年 月 日生) | 歳 | 女 | <input type="checkbox"/> 年 月末日 | 月～ | 標準・短 |
| | フリガナ | | 男 | 令和 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 年度末 | 月～ | 標準・短 |
| | (H・R 年 月 日生) | 歳 | 女 | <input type="checkbox"/> 年 月末日 | 月～ | 標準・短 |

- ・4月1日時点の年齢で、該当年度のクラス(学年)が決まります。
- ・4月2日以降に児童の誕生日がきても、年度内のクラス変更はありません。

| | | | |
|-----------------------|--|-----------|------------------------------|
| 入所希望 保育所名 | 第1希望 | 保育園(希望理由) | <input type="checkbox"/> 見学済 |
| | 第2希望 | 保育園(希望理由) | <input type="checkbox"/> 見学済 |
| | 第3希望 | 保育園(希望理由) | <input type="checkbox"/> 見学済 |
| 保育の実施 を必要とする 理由 | 両親等の状況(父：) (母：) 下記から番号を選んで記入してください。 ①就労 ②妊娠・出産 ③病気・障がい ④介護等 ⑤災害復旧 ⑥求職活動 ⑦就学 | | |

| 申込児童の 世帯員(申込児童以外) | 氏名 | 児童から 見た続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校等 | 住民票上の 同居・別居 | 障がい手帳の 有無 | 標・短 |
|----------------------|----|--------------|------|---------|----------------|--------------|-----|
| | | | | | | 同・別 | 有・無 |
| | | | | | 同・別 | 有・無 | |
| | | | | | 同・別 | 有・無 | |
| | | | | | 同・別 | 有・無 | |
| | | | | | 同・別 | 有・無 | |

※障がい者手帳をお持ちの場合は、手帳のコピーを提出してください。(保育料の算定に使用します。)

●該当する方の□にレ点を入れてください。

| | | |
|--------------------|-------------------------------|--|
| 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) |
| 児童扶養手当(ひとり親家庭等の手当) | <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 認定 (年 月受給開始) |

●該当するものの□にレ点を入れてください。

| | | |
|------------------------------------|-------------|--|
| きょうだいと同時に入所申請をする場合について ※該当する方のみ | | <input type="checkbox"/> 同じ保育施設等での利用を希望する。(異なる保育施設等では利用を希望しない。) <input type="checkbox"/> 利用できる児童が1人だけでも利用を希望する。 ※勤務等の入所基準は満たす必要があります。 <input type="checkbox"/> 異なる保育施設等であっても、きょうだい児全員が同時に利用できる場合は利用を希望する。 ※きょうだい児がすでに入園している場合、利用調整の結果、異なる保育施設等に利用決定となる場合があります。 |
| 利用希望日に入所できなかった時の予定について | 待機の意味 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、翌月以降も利用調整を行います。 <input type="checkbox"/> 無 ※無の場合、翌月以降の利用調整を行いません。 |
| | 入所できない場合の予定 | <input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園(教育利用)を利用 <input type="checkbox"/> 育児休業延長(年 月 日まで延長可能) <input type="checkbox"/> 職場につれていく <input type="checkbox"/> 保護者が保育する <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用 <input type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者:) <input type="checkbox"/> その他() |
| 出産予定について | | <input type="checkbox"/> 出産予定なし <input type="checkbox"/> 出産予定あり(出産予定日: 年 月 日) ⇒出産後育児休業取得予定 <input type="checkbox"/> 有(期間: 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 無(退職予定の場合はこちらにチェックしてください。) |

●以下の項目は必ず記入してください。

| | | | |
|--|---|---|---|
| 児童氏名 | | | |
| 持病 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名) |
| アレルギー (書ききれないときは、下欄「その他」に記載してください。) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類:) (症状:) (対応方法:) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類:) (症状:) (対応方法:) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類:) (症状:) (対応方法:) |
| 発達の遅れ等 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気になることがある (内容:) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳あり (身体・療育・精神 手帳 級) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気になることがある (内容:) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳あり (身体・療育・精神 手帳 級) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気になることがある (内容:) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳あり (身体・療育・精神 手帳 級) |
| 乳幼児健診等での指摘事項 | <input type="checkbox"/> 指摘事項なし <input type="checkbox"/> 指摘事項あり(内容を以下に記入) () | <input type="checkbox"/> 指摘事項なし <input type="checkbox"/> 指摘事項あり(内容を以下に記入) () | <input type="checkbox"/> 指摘事項なし <input type="checkbox"/> 指摘事項あり(内容を以下に記入) () |
| その他 児童の特に配慮が必要なこと(身体面・精神面の健康状態や注意事項等)を記入してください。 | | | |

【町使用欄】

| |
|--------|
| 【町使用欄】 |
|--------|