

保育施設等入園（転園）申込書

1 利用調整のため、市が保有する世帯の所得課税情報、生活保護、児童扶養手当の受給情報、障害者関係情報、その他必要な事項を確認することや他の官公署に対し文書の閲覧（マイナンバーを用いた情報連携を含む。）又は資料の提供を求めることがあります。
 2 申込み状況を特定教育・保育施設、特定地域型保育事業者に提供します。

收受印

以上のことに同意し、次のとおり特定教育・保育施設、特定地域型保育事業の入園（転園）を申込みます。

北杜市長 様

申込日 令和 年 月 日

申込者 (保護者)	フリガナ		続柄	連絡先	
	氏名				
	住所	〒 -			
子ども	フリガナ		性別	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏名				

申請区分	入園・転園 (転園理由)				
希望する期間	年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学日の前日まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
希望する時間	午前 時 分 ~	午後 時 分	希望する曜日	月・火・水・木・金・土	
希望する施設・事業等 (第7希望以降は別紙に記入して添付してください。)	第1希望		第4希望		
	第2希望		第5希望		
	第3希望		第6希望		

兄弟姉妹2人以上で申し込む場合の意向	<input type="checkbox"/> 同じ保育施設等で同時期の入園のみを希望する。 (それ以外の入園しかできない場合、同じ施設に同時期に入園できるまで待つ。) <input type="checkbox"/> 同時に入園できれば、兄弟姉妹別施設でもよい。 (1人だけの入園しかできない場合、同時入園できるまで待つ。) ※兄弟姉妹が同時に入園可能な場合 <input type="checkbox"/> 別施設でも希望順位を優先する。(順位優先) <input type="checkbox"/> 同じ施設であれば希望順位が低い施設であっても利用できる施設を優先する。(同園優先) <input type="checkbox"/> 1人だけの入園でも希望する。 <input type="checkbox"/> その他(兄弟姉妹の組み合わせ等について詳細に記入してください。) ()
--------------------	--

	続柄	氏名	住所	年齢	保育ができない理由 ※
祖父母の状況	父方	祖父		歳	
		祖母		歳	
	母方	祖父		歳	
		祖母		歳	
他の同居親族の状況				歳	
				歳	

※ 65歳以下の同居の祖父母・親族がいる場合、保育ができない理由(就労先・健康状況等)を記入してください。

子ども	氏名		生年月日	年	月	日	年齢	歳
-----	----	--	------	---	---	---	----	---

児童の状況	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している。（父・母・祖父母・ ） <input type="checkbox"/> 職場に同行している。（職場内託児所 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> 次の預け先で保育している。 年 月 日から 保育時間 時 分～ 時 分 氏名又は施設名 （ ） 住所又は所在地 （ ）	
	病歴・持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（ ） 年 月 日から <input type="checkbox"/> 通院（週・月・年 回） <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日～ 年 月 日 その後の経過 []	
	発育・発達	発育・発達（言葉、身体、排泄や食事等の生活面、運動面等）で気になることがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [] 相談している施設はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 施設名（ ） 年 月 日から	
	健康状態	アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳又は乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他（ ） 除去の内容（ <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし ） 食物以外のアレルギー（ ）
	乳幼児健診等	受けた健診・相談に○をつけてください。 4ヶ月 ・ 7ヶ月 ・ 12ヶ月 ・ 1歳6ヶ月 ・ 2歳 ・ 3歳 他市町村で受診 []	
	予防接種	接種済みに○をつけてください。 ヒブ（初回・追加） ・ 肺炎球菌（初回・追加） ・ B型肝炎 四種混合（1期初回・1期追加） ・ 麻しん風しん混合（1期・2期） BCG ・ 水痘（1回目・2回目） ・ 日本脳炎（1期初回・1期追加）	
	その他	その他、気になることがありましたら記入してください。	