

## 保育所入所(保育所等利用調整)申込書

岩沼市長 殿

次のとおり、保育所入所(保育所等利用調整)に係る申込みを行います。

住所	〒 989 - △△△△ 岩沼市桜〇丁目△番××号		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 令和5 年 10 月 1 日 岩沼 太郎	
連絡先電話番号	父 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	母 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	自宅	0223 - 〇〇 - 〇〇〇〇	
ふりがな	いわぬま けんた		児童生年月日	児童の性別	児童の障害者手帳等
児童氏名	岩沼 健太		令和3 年 9 月 1 日	男・女	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は手帳名・等級等 <input checked="" type="checkbox"/> 無
支給認定証番号	※給付認定を受けている場合に記入		給付認定区分	号 ※給付認定を受けている場合に記入	

申込理由	1. 家庭的保育事業等の卒園 ②. 転所 (理由 (例) 自宅の近くの保育園に通いたいため、通勤途中の保育園に通いたいため 等 ) 3. 待機児童における利用調整等の内容変更 ( ) 4. その他 (理由: )				
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 実家で保育 <input checked="" type="checkbox"/> 施設利用中(施設名 ××保育所(園) ) <input type="checkbox"/> その他( )				
利用を希望する施設	第一希望	△△保育所(園)	第四希望	〇第七希望以下はこちらに御記入ください ※希望する施設の第七希望以下について、すべての施設を希望する場合は、「すべて希望」とご記入ください。 ※詳しくは裏面を参照ください。	
	第二希望	□□保育所(園)	第五希望		
	第三希望	〇〇保育所(園)	第六希望		
利用を必要とする期間	令和6 年 4 月 1 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで				
利用を必要とする曜日・時間	平日	8 時 00 分から 16 時 30 分まで		利用曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用無 <input checked="" type="checkbox"/> 利用有		有の場合	9 時 00 分から 16 時 30 分まで
利用施設への送迎	送迎者 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )		送迎方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )		
兄弟姉妹で申込みされる場合	<input type="checkbox"/> 同じ施設を利用できる場合のみ利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 異なる施設を利用できる場合でも利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 一人だけ利用できる場合も利用を希望する。				

※ 保育所以外の施設を希望された場合でも、保育所等利用調整の結果、保育所に決定したときは、保育所への入所申込みがなされたものとみなします。

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部分)、小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業をいいます。

※ 「保育所」とは、公立保育所及び私立保育園をいいます。

## 1 家族の状況

※以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にしている家族全員について御記入ください。

児童との続柄	ふりがな 氏名	生年月日	保育の必要事由又は 通学通園施設名	障害者手帳等	備考
父	いわぬま たろう 岩沼 太郎	平成元 年 4 月 15 日生	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
母	いわぬま はなこ 岩沼 花子	平成元 年 5 月 15 日生	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
姉	いわぬま みさき 岩沼 美咲	平成30 年 6 月 15 日生	〇〇保育所	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
祖父	いわぬま いちろう 岩沼 一郎	昭和35 年 7 月 15 日生	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
祖母	いわぬま まさこ 岩沼 正子	昭和30 年 8 月 15 日生	疾病 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 身障1級 ) <input type="checkbox"/> 無	
おじ	いわぬま さぶろう 岩沼 三郎	昭和62 年 9 月 15 日生	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	

※該当する方は次に記入してください。

年1月1日現在の住所地が上記と異なる場合	〒 令和5年9月～令和6年8月入所(園)希望の方⇒令和5年1月1日時点の住所地 令和6年9月～令和7年3月入所(園)希望の方⇒令和6年1月1日時点の住所地	
父又は母がいない理由	<input type="checkbox"/> 離婚 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 死別 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 ( 年 月 日頃から ) → ( 離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
生活保護法の適用	保護開始 ( 年 月 )	
単身赴任	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ( 住民票 : <input type="checkbox"/> 岩沼市 <input type="checkbox"/> 赴任先市町村(市町村名: ) )	

2 児童の状態

これまでにかかった又は現在かかっている病気等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ( <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他( ) ) 有の場合: <input type="checkbox"/> 熱性けいれん ( いつ : 年 月 ) <input type="checkbox"/> その他病名( )	
発達遅滞・障害等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疑い) <input type="checkbox"/> 経過観察中(相談している保健師: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 卵・乳 )	薬のアレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )

【岩沼市記入欄(この枠内は記入しないでください)】 ※記入不要			受付年月日
この用紙の受取者	入所の可否	可・否	年 月 日
入所施設名	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地 )			
<input type="checkbox"/> 保育所 ( <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 私 ) <input type="checkbox"/> 地域型 ( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 自 )			
生保適用	無・有	母子適用	無・有
在宅障害適用	無・有	支給認定証番号	

※「利用を希望する施設」欄は、通える範囲内でご記入ください。また、利用調整につきましては、ご記入いただいた施設内での調整を行います。

※「利用を必要とする期間」欄は、慣らし保育期間を含めてご記入ください。