

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	〒 - -		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 年 月 日	
連絡先電話番号	父 - -	母 - -	自宅	- -	
ふりがな	児童生年月日		児童の性別	児童の障害者手帳等	
児童氏名	年 月 日		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は手帳名・等級等 <input 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	

申込理由	1. 家庭的保育事業等の卒園 2. 転所 (理由:) 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 type="checkbox"/> 施設利用中(施設名) <input type="checkbox"/> その他()				
利用を希望する施設	第一希望	第二希望	第三希望	第四希望	第五希望
				第六希望	○第七希望以下はこちらに御記入ください
利用を必要とする期間	年 月 日 から <input 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	時 分から 時 分まで			利用曜日
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 利用有 <input type="checkbox"/> 有の場合 時 分から 時 分まで			<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
利用施設への送迎	送迎者 <input type="checkbox"/> 父 <input 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 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		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
母		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 () <input 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	〒	-
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 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 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 type="checkbox"/> 有()	薬のアレルギー	<input 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)】				受付年月日
この用紙の受取者	入所の可否	可・否	年 月 日	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