

すまいる保育園城陽 地域枠入園申込書

(あて先)

すまいる保育園城陽 施設長

施設名	すまいる保育園城陽		
児童氏名			
認定証番号			
児童番号	1	2	3
同一世帯の 入所児童 児童番号	1	2	3
	1	2	3

平成 年 月

保 護 者	現住所	〒 () 方		
	フリガナ 氏名			
	電話 (優先する連絡 先に○をしてくだ さい)	自宅	-	-
		携帯(父)	-	-
携帯(母)		-	-	

保育を申込む主な理由
1. 両親共に就労中
2. 育休中・復職予定
3. 就労内定
4. 疾病・介護
5. 求職活動中
6. その他()

すまいる保育園城陽への入園を次の通り申し込みます。

保育を希望する期間	平成 年 月 日 ~ 就 学 前 その他(平成 年 月 日まで)
保育を希望する時間	時 分 ~ 時 分

世帯構成

区分	氏名	子どもとの 続柄	性別	年齢	生年月日	勤務先名/通学先名等	扶養関係
申込児童	(フリガナ)	本人	男・女		H . .		被扶養者
(世帯分離者を含む) 世帯構成員	(フリガナ)		男・女		S H . .	(勤務先名/通学/通園先名) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	(フリガナ)		男・女		S H . .	(勤務先名/通学/通園先名) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	(フリガナ)		男・女		S H . .	(勤務先名/通学/通園先名) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	(フリガナ)		男・女		S H . .	(勤務先名/通学/通園先名) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	(フリガナ)		男・女		S H . .	(勤務先名/通学/通園先名) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者

保育が必要な理由 (具体的に記入してください。)

--

家庭状況確認書

児童名

◎ 父母の状況

該当する箇所に「○」印または必要事項を記入してください。

	父親の状況	母親の状況
保育が必要な理由	勤務中・就労内定 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） H 年 月 日～H 年 月 日 入所後に求職活動する・現在求職活動中 就学中・就学予定	勤務中・就労内定 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） H 年 月 日～H 年 月 日 入所後に求職活動する・現在求職活動中 就学中・就学予定
	通勤時間 時間 分)	通勤時間 時間 分)
	疾病・介護・看護・その他（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 障がい <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級	疾病・介護・看護・その他（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 障がい <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級
		出産予定 無・有（予定日 平成 年 月 日）
	その他 不在 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ）	不在 死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ）

◎ 祖父母の状況

	祖父の状況	祖母の状況
父方	氏名 (歳)	氏名 (歳)
	住所 同居 別居（住所）	住所 同居・祖父に同じ 別居（住所）
	状況 就労・障がい・疾病・介護・看護 その他（ ）	状況 就労・障がい・疾病・介護・看護 その他（ ）
母方	氏名 (歳)	氏名 (歳)
	住所 同居 別居（住所）	住所 同居・祖父に同じ 別居（住所）
	状況 就労・障がい・疾病・介護・看護 その他（ ）	状況 就労・障がい・疾病・介護・看護 その他（ ）

◎ 世帯の状況

該当する場合、番号に「○」印または必要事項を記入してください。

1 日常的に介護が必要な家族がいる	介護を担う人（ 父 ・ 母 ）
対象者：身体障害者手帳3級以上・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の所持者もしくは要介護1以上の認	
氏名	子どもとの続柄 介護の頻度 日/週
住所	同居・別居（住所）
2 上記の介護が必要な家族を除いて、世帯に障がい者手帳所持者がいる。	
氏名	子どもとの続柄

◎ 子どもの保育状況

該当する番号に「○」印または必要事項を記入してください。

現在の保育状況	1 自宅で保育（父・母）	2 同伴就労（父・母）	3 職場内託児所（父・母）
	4 委託（親族（子どもとの続柄）・知人）⇒ 保育場所（自宅・相手宅）		
	5 保育所・認定こども園（ ）	利用期間（ 年 月頃～ ）	
	6 地域型保育事業（ ）	利用頻度（ 日/週）	
	7 認可外保育施設（ ）	利用料 円/月	
8 その他（具体的に： ）			

◎ 子どもの健康状況

児童名 _____

該当する番号に「○」印または必要事項を記入してください。

健康状態	健康・やや弱い・病弱・病気療養中 (病名・症状)	
	通院 なし ・ あり 通院先 ()	
	既往症 なし ・ あり (病名) () ※児童が疾病を有している場合、「児童の疾病にかかる診断書」の提出が必要です。	
アトピー ・ アレルギー	なし ・ あり (原因物質 状況 :)	
	除去食の必要	なし ・ あり (対応 :)
	アナフィラキシーショック	なし ・ あり (対応 :)
保健福祉センター等での健診受診	3ヶ月健診	受けていない ・ 受けた (注意事項 無 ・ 有 (内容 :)
	1歳半健診	受けていない ・ 受けた (注意事項 無 ・ 有 (内容 :)
	3歳健診	受けていない ・ 受けた (注意事項 無 ・ 有 (内容 :)
	上記以外	
	発達相談を受けたことが ない ・ ある (相談内容 : ある場合 : 言語 ・ 多動 ・ その他	
障がい者手帳等	身体障害者手帳	なし ・ 申請中 ・ あり () 級 (障がい名 :)
	療育手帳	なし ・ 申請中 ・ あり (A ・ B1 ・ B2)
	精神障害者保健福祉手帳	なし ・ 申請中 ・ あり () 級
	児童発達支援等の障がいサービス受給	なし ・ あり 利用サービス名
	特別児童扶養手当受給	なし ・ あり () 級
生活状況	出生時の状況	() 週 () g () cm
	初歩	() 歳 () ヶ月頃 ・ まだ (寝返り ・ ずりはい ・ はいはい ・ つたい歩き)
	言葉	まだ ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話ができる (日本語 ・) 語 / 初語 (歳 ヶ月頃)
	衣服の着脱	できない ・ 脱げる (上 ・ 下) ・ 着られる (上 ・ 下) ・ ボタンできる
	食事	できない ・ 手伝いが必要 ・ できる
	排泄	オムツを使用 ・ 手伝いが必要 ・ 時々一人でできる ・ できる
発達状況 (子どもの健康や発達に関し家庭で気がついていることがあれば記入してください。)		

* その他、気になる点がありましたらご記入ください。

* 園使用欄