

○新に入居の方
○2号認定希望の方
1人につき1枚

シヤホタデOK!

認定こども園・保育所等 入所申込書

申請日 平成 年 月 日

保護者住所 笠間市東平2-11-7

笠間市長 様

→幼稚園に申しつけた日は

保護者氏名 友部 太郎



父携帯 090-XXXX-0000

母携帯 090-XXXX-△△△△

認定こども園・保育所等への入所について添付書類を添えて次のとおり申し込みます。→平成27年4月1日現在

入所児童	ふりがな氏名	生年月日	年齢 4月1日現在	性別	障害者手帳等の有無
	ともべ 友部 花子	平成23年6月11日	3才	男・女	有・無

利用を希望する期間	平成27年4月1日から 〇就学前まで 平成 年 月 日まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由 第1希望 ともべ幼稚園 (希望理由) 教育理念に共感
	第2希望 〇〇保育園 (希望理由) 建物が清潔
	第3希望 〇〇保育所 (希望理由) 少人数のほうがいいので1人1人きり
現在の保育状況	1. 保護者が保育 ②祖父母等の親族が保育 3. 仕事をしながら保育 4. 家族を介護しながら保育 5. 託児所等に入所(施設名:)
二人以上申込入所決定方法	1. 申込みする兄弟姉妹が全員入所できるまで入所を待つ。 2. ひとりだけであっても入所する。(入所できない子の保育先:)

○世帯の状況 ※父母及び同居家族全員について記入してください。

区分	ふりがな氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・学校名等	備考
児童の世帯員	ともべ 友部 太郎	父	昭和〇〇年〇月〇日	男	会社員	
	ともべ 友部 幸子	母	昭和〇〇年〇月〇日	女	パート	
	ともべ 友部 花子	長女	平成23年6月11日	女		
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

※該当する項目があれば、□欄にチェックのうえ、必要事項を記入してください。

項 目	
<input type="checkbox"/>	生活保護 (平成 年 月 から)
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭 (平成 年 月 から)
<input type="checkbox"/>	現在妊娠中 (第 子 / 出産予定日 平成 年 月 日)
<input type="checkbox"/>	出産休暇中 (平成 年 月 日まで) → <input type="checkbox"/> 出産休暇後(産後8週後)に入所を希望する
<input type="checkbox"/>	育児休業取得中 (平成 年 月 日まで) → <input type="checkbox"/> 育児休業後に入所を希望する
<input type="checkbox"/>	同居家族に障害者がいる
氏名	年齢 続柄 病名・障害名 種類
	身体・療育・精神 手帳 級
	身体・療育・精神 手帳 級
	身体・療育・精神 手帳 級

○入所児童 心身の状況

※該当する項目を○で囲むか、または、必要事項を記入してください。
1歳未満の児童については、①～⑦のうち⑥・⑦のみ記入願います。

現在の児童の年齢 3 歳 4 ヶ月

健康診断	1歳6ヶ月児健診		2歳児歯科健診		3歳児健診	
	(済) 未	(済) 未	(済) 未	(済) 未	(済) 未	(済) 未
	(良好)	指摘あり	(良好)	指摘あり	(良好)	指摘あり
①食 事	①. はしまたはスプーンを使用して食べることができる。 2. 大人の助けがあれば食べられる。 3. 食べさせてもらう。					
②排 泄	1. 大小便とも自分でできる。 ②. 大人の助けがあればできる。(大) ・ (小) 3. 自分ではできないが知らせる。(大 ・ 小) 4. おむつを使用している。(常時 ・ ときどき ・ 就寝時のみ)					
③着脱衣	1. 自分で着脱し、ボタンかけもできる。 ②. 簡単なものは自分でできる。(着る) 脱ぐ 着脱) 3. 大人にしてもらう。					
④ことば	①. 普通に話ができる。 2. どうにか話すことができる。(単語で 二語文で 三語文で) 3. ことばにならない。					
⑤遊 び	1. 近所の子ども(誰とでも)と遊べる。 2. 近所の子どもと遊ぶがひとりになりやすい。 3. 遊びたいが仲間には入れない。 4. 親または兄弟としか遊ばない。 ⑤. いつも一人で遊んでいる。(○近所に子どもがいない ひとり遊びが好き)					
⑥からだ	1. ひとりで座ることができる。 2. はいはいができる。 3. つかまり立ちができる。 ④. 立って歩くことができる。(○バランスがよい バランスはまだ悪い)					
⑦その他	●重い病気にかかったことはありますか。 (無) 有 有の場合→ 病名() かかりつけの医療機関名() また、その病気のために、医師から日常生活について注意されていることはありますか。(内服薬や運動制限等) (無) 有 有の場合→ 内容() ●発達の面で、専門の機関に相談されたことはありますか。 (無) 有 有の場合→ 相談機関名() ●食物アレルギーはありますか。 (無) 有 有の場合→ 除去食品名() 投薬 (無 有) 医師の診断は受けていますか。 (無 有) ●特別児童扶養手当は受給していますか。 (無) 有 ●障害者手帳または療育手帳を持っていますか。 (無) 有 (身体・療育手帳 級) ●その他 健診で指摘されたことや、行動やくせなど心配になっていること、気になることがあれば記入してください。 []					