



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

笠間市長 様

保護者氏名

印

父 携 帯

母 携 帯

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。

入所児童	ふりがな 氏 名	生年月日	年齢 <small>4月1日現在</small>	性別	障害者手帳等 の有無
		平成 年 月 日		男・女	有・無

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 就学前 まで 平成 年 月 日 まで
利用を希望する施設(事業所)名	施設(事業者)名・希望理由
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)
	第4希望 (希望理由)
第5希望 (希望理由)	
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	同居・別居の別	生年月日	性別	職業・学校名等	備考
児童の世帯員		父	同・別	年 月 日	男・女		
		母	同・別	年 月 日	男・女		
			/	年 月 日	男・女		
			/	年 月 日	男・女		
			/	年 月 日	男・女		
			/	年 月 日	男・女		

※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 歳 カ月

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
	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	<p>●重い病気にかかったことはありますか。</p> <p>無 有</p> <p>有の場合→ 病名()</p> <p>かかりつけの医療機関名()</p> <p>また、その病気のために、医師から日常生活について注意をされていることはありますか。(内服薬や運動制限等)</p> <p>無 有</p> <p>有の場合→ 内容()</p> <p>●発達の面で、専門の機関に相談されたことはありますか。</p> <p>無 有</p> <p>有の場合→ 相談機関名()</p> <p>●食物アレルギーはありますか。</p> <p>無 有</p> <p>有の場合→ 除去食品名()</p> <p>投薬 (無 有)</p> <p>医師の診断は受けていますか。(無 有)</p> <p>●特別児童扶養手当は受給していますか。 無 有</p> <p>●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)</p> <p>●その他</p> <p>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。</p> <p>[]</p>					