様式第２号（第７条関係）

受付印

※印の欄は市記載欄（記入不要）

※世帯番号	※入所施設名	※認定番号	※認定区分	※保育必要量
			□２号 □３号	□標準 □短

保育施設入所申込書（兼保育台帳）

滝沢市福祉事務所長　様

次のとおり、保育施設への入所を申し込みます。

滝沢市が申込書類を確認するため、私及び私の世帯（同居家族含む）について、必要な課税情報及び世帯情報を閲覧すること、並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について特定教育・保育施設等に対して提示することを承諾します。

申請日	令和　　年　　月　　日	
フリガナ		
保護者氏名		
電話番号	**自　宅**	―　　―
	父携帯	―　　―
	母携帯	―　　―
住所	滝沢市 （アパート名等）	

□令和８年 □令和９年 １月１日時点の住所	**父**	□滝沢市内　□市外（　　都・道・府・県　　市・区・町・村）
	母	□滝沢市内　□市外（　　都・道・府・県　　市・区・町・村）

□転入者	**転入予定日**	令和　　年　　月　　日	**転入元住所**	〒

申請児童	**フリガナ 氏　　名**		**生　年　月　日**	**障害者手帳等**	**集団保育の経験**	**クラス年齢 ※該当クラス年齢に○**	**希望保育期間**
		男・女	R　・　・ （満　歳　か月）	有・無	有・無	0歳：R8.4.2～ 1歳：R7.4.2～R8.4.1 2歳：R6.4.2～R7.4.1 3歳：R5.4.2～R6.4.1 4歳：R4.4.2～R5.4.1 5歳：R3.4.2～R4.4.1	R　.　.　1　から □就学前　□　.　末日
	区分	1.新規　2.転園（転園を希望する理由：　　）					
	現在の保育状況	□父母（産休育休・就労内定・同伴就労・求職活動）　□祖父母（同居・別居）　□親類・知人（氏名：　　） □認可保育施設、幼稚園、認可外保育施設、企業内託児施設等（施設名：　　）□その他（　　）					
	希望園	第１希望	第２希望	第３希望			
		第４希望	第５希望				
		希望月に入所できない場合　→　□申し込みを取り下げる　□次月以降も審査継続を希望する（Ｒ１０年３月まで）					

◆申請児童の世帯状況

※住民票上で同住所となっている世帯員全員（祖父母含む）、及び生計を一にする別居児童を記載すること。

	続柄	**フリガナ 氏　　名**	**生年月日**	**満年齢**	**障害者手帳等**	**同別居 ※住民票上**	**（就労等）勤務先・学校・保育施設等を記載 （求職）「求職中」と記載 （疾病）病名等を記載　※別居の場合は住所も記載**
父母	**父**		SH　・　・		有・無	同・別	
	母		SH　・　・		有・無	同・別	
その他の世帯員			SHR　・　・		有・無	同・別	
			SHR　・　・		有・無	同・別	
			SHR　・　・		有・無	同・別	
			SHR　・　・		有・無	同・別	
			SHR　・　・		有・無	同・別	

◆祖父母の状況（別居の場合）

	続柄		フリガナ 氏　　名	生年月日	満年齢	障害者手帳等	（就労等）勤務先・学校・保育施設等を記載 （求職）「求職中」と記載 （疾病）病名等を記載　※別居の場合は住所も記載
祖父母の状況	父方	祖父		S H　・　・		有・無	外勤・自営・農業等 無職・死亡・離婚・所在不明・疾病等(通院・入院)
		祖母		S H　・　・		有・無	外勤・自営・農業等 無職・死亡・離婚・所在不明・疾病等(通院・入院)
		住所	都・道・府・県		市・区・町・村		
	母方	祖父		S H　・　・		有・無	外勤・自営・農業等 無職・死亡・離婚・所在不明・疾病等(通院・入院)
		祖母		S H　・　・		有・無	外勤・自営・農業等 無職・死亡・離婚・所在不明・疾病等(通院・入院)
		住所	都・道・府・県		市・区・町・村		

◆父母の就労等の状況

	父	母
新規就労、又は復職日	1．新規就労　令和　　年　　月　　日 2．復職日　令和　　年　　月　　日	1．新規就労　令和　　年　　月　　日 2．復職日　令和　　年　　月　　日
保育が必要な理由	□就労　□疾病･障がい　□介護等　□求職等 □就学等　□その他（　　）	□就労　□疾病･障がい　□介護等　□求職等 □妊娠･出産（予定日：　　年　　月　　日 □就学等　□その他（　　）
1か月あたりの就労時間	約　　時間　※休憩時間含む	約　　時間　※休憩時間含む
月１２０時間未満の就労の場合	標準時間を　□希望する　□希望しない →希望する理由（　　）	標準時間を　□希望する　□希望しない →希望する理由（　　）

◆家庭の状況　※当てはまるものに○をつけ、該当する場合は必要事項を記入の上、証明する書類の提出が必要です。

生活保護受給	有・無	年　　月　　日より（　受給中　・　申請中　）
ひとり親世帯	該当・非該当	離婚（　　年　　月）・死別・未婚 準母(父)子家庭（離婚前提の別居による　　年　　月から）・その他（　　）
在宅障がい者	有・無	氏名（　　）　手帳種別（　身障・精神・療育・特児　　級　）
看護・介護を要する者	有・無	氏名（　　）　場所（入院・在宅） 付添（1 週間に　　回　※1 回平均　　時間） 期間（　　年　　月　～　　年　　月）

◆２人以上申し込む場合

２人以上申込む場合	□同じ施設に、同時期に入所したい		
	□別々の施設でも良いが、同時期に入所したい	□同施設になることを優先する（希望順位が低い施設でも可）	
		□希望順位を優先する（別々の施設でも可）	
	□同時期に入所できなくても、一人でも入所したい	□上の児童から □下の児童から □どちらからでも	**一人のみ入所した場合、入所保留となった児童の希望施設は・・・** □入所した児童と同施設のみに変更する □入所した児童と同施設を第１希望とし、それ以外は順位を繰り下げる □変更しない
	その他、希望する組み合わせ等		

健 康 状 況 申 告 書

※新規入所・転園申込みをするうえで、提出が必要な書類であり、入所が決定した場合、施設にも提供する書類です。下記事項について全てご記入ください。

申込児童氏名	（ 男・女 ）
生年月日	令和　　年　　月　　日
現在の年齢	歳　　か月
現在の身長／体重	cm／　　g・kg

出生時の状況

出生時体重　　g	出生時の異常　　なし ・ あり
妊娠期間　　週	（「あり」の方は以下に記入してください）
分娩時の状況	保育器　　日
（ 正常　帝王切開　吸引　かんし　仮死 ）	病名等

※ 低出生体重児（出生時 2500ｇ未満）で、出生時に異常のあった１歳未満のお子様については、医師の意見書（低出生体重児用）を提出してください。

健康状況

慢性疾患等	なし ・ あり　（**「あり」の方は以下に記入してください**）
病名	病院名
発症年齢	経過観察の頻度　　回／

※ 小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方は写しを提出してください。

食物アレルギー	なし ・ あり　（**「あり」の方は以下に記入してください**）

※ 医師の指示書及びアレルゲンテストの結果をお持ちの方は写しを提出してください。（病院名　　）

今までにショック症状を起こしたことはありますか	いいえ ・ はい
除去食を実施していますか	いいえ ・ はい
除去食品名	（　　）
除去にあたっては、医師の指示に基づいていますか	いいえ ・ はい
食物以外のアレルギー	なし ・ あり　アレルギーの種類（　　）
ひきつけの経験	なし ・ あり　（　歳　か月の時、発熱　なし ・ あり　℃）
服 薬 の 有 無	なし ・ あり　（朝 ・ 昼 ・ 晩　薬名）

発達の状況

首のすわり	か月頃	ハイハイ	か月頃
寝返り	か月頃	歩き始め	か月頃

音や声のするほうを向きますか	はい ・ いいえ
視線が合いますか	はい ・ いいえ
あやすと笑いますか	はい ・ いいえ
「ママ」「ブーブー」などの単語を話したのはいつですか	か月頃
「～持ってきて」などの簡単な指示を理解して行動しますか	はい ・ いいえ
「マンマチョウダイ」「ワンワンキタ」などの２語文を話しますか	はい ・ いいえ
奇声をあげることがありますか	はい ・ いいえ
１か所にじっとしていられないことがありますか	はい ・ いいえ

健康診査	3～4 か月	6～7 か月	9～10 か月	1 歳半	3 歳
結　果	健康 ・ 要観察	健康 ・ 要観察	健康 ・ 要観察	健康 ・ 要観察	健康 ・ 要観察

言葉や発達について相談している病院や施設があれば下記にご記入ください。

病院・施設名（　　）

※ 身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの方は、写しを提出してください。

※ 適切な保育のため、保育施設より特別児童扶養手当受給者証等の提示を求められる場合があります。

その他

入所にあたり、健康上・発達上、気になることがありましたら記入してください。

保護者確認欄

※下記項目に了承の場合は、□欄にチェックのうえ、ご署名をお願いします。

□この「健康状況申告書」を、入所が内定した保育施設に通知することに同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名

日付 相手方	希望施設変更	受付者
	①　②　③ ④　⑤	
	①　②　③ ④　⑤	
	①　②　③ ④　⑤	
	①　②　③ ④　⑤	
	①　②　③ ④　⑤	
	①　②　③ ④　⑤	

日付 相手方	変更内容・依頼内容等	不足書類	受付者