

新宮町長 様

申込日：令和 年 月 日

次のとおり、保育所等利用調整申込について、関係書類を添えて申し込みます。なお、利用にあたり「本申込書」及び「保育が必要な事由を証明する書類」等の情報を、利用する保育施設等に提供することを承諾します。

フリガナ	
保護者氏名 (原則世帯主)	(印)

※虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、支給認定を取り消され、また、退園させられても意義は申し立てません。

住所	〒 -		自宅電話番号	
	新宮町		携帯番号(父)	
転入予定の場合 現住所 (住民票必要)	〒 -	(/ 転入予定)	携帯番号(母)	

申込児童	児童氏名 (生年月日)		年齢 ※令和6年 4月1日現在	性別	申込児童と同一住所地に住む人	児童から見た続柄	氏名	年齢 4/1現在	生年月日	障害の有無
		フリガナ		歳		男・女		父		歳
	平成・令和 年 月 日生		歳	男・女		母		歳	T S H .	有・無
	フリガナ		歳	男・女				歳	T S H .	有・無
	平成・令和 年 月 日生		歳	男・女				歳	T S H .	有・無
	フリガナ		歳	男・女				歳	T S H .	有・無
	平成・令和 年 月 日生		歳	男・女				歳	T S H .	有・無

※ 4月1日時点の年齢で、該当年度のクラスが決まります。

※ 4月2日以降に児童の誕生日がきても、年度内のクラス変更はありません。

利用希望保育所等	希望理由
第1希望	園
第2希望	園
第3希望	園
第4希望	園
第5希望	園
第6希望	園
第7希望	園
第8希望	園

保育の実施を希望する期間	令和 年 月 1日 ~ 令和6年度末
希望する保育時間	<input type="checkbox"/> 1日最長11時間 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 1日最長8時間 保育短時間

●該当する方のみ、次の□にレを入れてください。

<input type="checkbox"/> きょうだい同時に同じ保育所等を利用できるまで待つ。 <input type="checkbox"/> きょうだい同時に利用開始できれば異なる保育所等でもよい。 <input type="checkbox"/> きょうだい同時に利用開始できない場合、()だけでも利用を希望する。 ※入所できない子については()を利用する予定。 →「家庭保育をしていない申立書」の提出が必要。

裏面に続きます→

●該当する方のみ、記入、☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 出産予定がある（出産予定日：令和 年 月 日 ⇒ 産後育児休業取得予定 <input type="checkbox"/> あり（期間：令和 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> なし（ <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> その他（ ））
<input type="checkbox"/> 育児休業取得中 ⇒ <input type="checkbox"/> 復職希望 <input type="checkbox"/> 育児休業延長希望

●入所調整に必要な情報ですので、必ず記入してください。

児童氏名	歳	歳	歳
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育 <input type="checkbox"/> 勤務先へ同行 <input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等 (園名)	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育 <input type="checkbox"/> 勤務先へ同行 <input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等 (園名)	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育 <input type="checkbox"/> 勤務先へ同行 <input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等 (園名)
併願状況	※入所審査には影響しません。支給認定の認定重複を防ぐために記入してください。 <input type="checkbox"/> 町立幼稚園に申込みしている <input type="checkbox"/> 認定こども園（幼稚園部分）に申込みしている		
持病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名）
発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）
障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）
乳幼児健診等での指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は指摘を受けた内容を（ ）に記入してください。 () () ()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は詳細を記入してください。記入欄が足りない場合は「その他」欄に記入してください。 種類① () 症状①: _____ 対応① () 種類② () 症状②: _____ 対応② ()		
その他	※児童に対して配慮が必要なこと（身体面・精神面の健康状態や注意事項等）を記入してください。		

【町使用欄】