

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。

※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。

|                  |              |
|------------------|--------------|
| フリガナ             |              |
| 保護者氏名<br>(原則世帯主) | <div>印</div> |

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

| 申込児童                  | 児童氏名                  |  | 年齢<br>※令和7年<br>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<br>4/1現在 | 生年月日        | 障害の有無 |     |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------|-----|
|                       | (生年月日)                |  |                       |     |                |          |             |             |             |       |     |
|                       | フリガナ                  |  | 歳                     | 男・女 |                | 父        |             | 歳           | S<br>H      | ・ ・   | 有・無 |
|                       |                       |  |                       |     |                | 母        |             | 歳           | S<br>H      | ・ ・   | 有・無 |
|                       | 令和     年     月     日生 |  |                       |     |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
|                       | フリガナ                  |  | 歳                     | 男・女 |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
|                       |                       |  |                       |     |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
|                       | 令和     年     月     日生 |  |                       |     |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
|                       | フリガナ                  |  | 歳                     | 男・女 |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
|                       |                       |  |                       |     |                |          |             | 歳           | S<br>H<br>R | ・ ・   | 有・無 |
| 令和     年     月     日生 |                       |  |                       |     |                | 歳        | S<br>H<br>R | ・ ・         | 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8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<br><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。

- ☐ きょうだい同時に同じ保育所等を利用できるまで待つ。
- ☐ 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。
- ☐ 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。

●該当する方のみ、記入、☒をしてください。

☐ 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  
☐ あり（期間：令和 年 月 日まで）  
☐ なし（☐退職 ☐復職 ☐その他（ ））

☐ 育児休業取得中 ⇒ ☐ 復職希望  
☐ 育児休業延長を許容できる

●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<br>保育状況          | <input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育<br><input type="checkbox"/> 勤務先へ同行<br><input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等<br>(園名 ) |   | <input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育<br><input type="checkbox"/> 勤務先へ同行<br><input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等<br>(園名 ) |   | <input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 他人保育<br><input type="checkbox"/> 勤務先へ同行<br><input type="checkbox"/> 幼稚園・届出保育施設等<br>(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<br><input type="checkbox"/> 認定こども園（幼稚園部分）<br>に申込みしている                                                     |   | <input type="checkbox"/> 町立幼稚園に申込みしている<br><input type="checkbox"/> 認定こども園（幼稚園部分）<br>に申込みしている                                                     |   | <input type="checkbox"/> 町立幼稚園に申込みしている<br><input type="checkbox"/> 認定こども園（幼稚園部分）<br>に申込みしている                                                     |   |
| 持病                   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（病名 ）                                                                                    |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（病名 ）                                                                                    |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（病名 ）                                                                                    |   |
| 発達の遅れ                | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）                                                                            |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）                                                                            |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（視覚・聴覚・言語・運動）                                                                            |   |
| 障がい                  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）                                                                             |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）                                                                             |   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（身体・療育・精神 級）                                                                             |   |
| 乳幼児健診<br>等での指摘<br>事項 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                            |   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                            |   | <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<br>※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。              |   | <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※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。              |   | <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※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（ ）<br>症状①： _____<br><br>対応①（ ）                                                                                                               |   | 種類①（ ）<br>症状①： _____<br><br>対応①（ ）                                                                                                               |   | 種類①（ ）<br>症状①： _____<br><br>対応①（ ）                                                                                                               |   |
|                      | 種類②（ ）<br>症状②： _____<br><br>対応②（ ）                                                                                                               |   | 種類②（ ）<br>症状②： _____<br><br>対応②（ ）                                                                                                               |   | 種類②（ ）<br>症状②： _____<br><br>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】