

(宛先) 昭島市長

次のとおり、保育所等の利用に係る申込みをします。

令和 年 月 日

保護者	フリガナ	続柄	生年月日	住所	昭島市
	氏名		S・H 年 月 日	TEL	

申込児童	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 男
	氏名	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 女
	生年月日 <small>2022年4月1日現在の年齢</small>	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
	認定証番号 <small>(お持ちの場合のみ記載)</small>		
	希望の利用開始日、期間	令和 年 月 1日から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月末日まで	
幼稚園等との併願予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 施設名称 () 幼稚園等に内定した場合 <input type="checkbox"/> 幼稚園等に通う <input type="checkbox"/> 保育所等の結果を待つ		

入所を希望する保育所等	順位	施設名称 <small>(市外の場合は市区町村名)</small>	見学	施設名称 <small>(市外の場合は市区町村名)</small>	見学
	第1希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>
	第2希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>
	第3希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>
	第4希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>
	第5希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>
	第6希望	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅保育 (父・母・祖父母・他) <input type="checkbox"/> 職場でみている。 <input type="checkbox"/> 次のところに預けている。 年 月 日から 氏名又は施設名 _____ 住所又は所在地 _____ 連絡先 _____ 保育時間 : ~ : 月額料金 円 <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 自宅保育 (父・母・祖父母・他) <input type="checkbox"/> 職場でみている。 <input type="checkbox"/> 次のところに預けている。 年 月 日から 氏名又は施設名 _____ 住所又は所在地 _____ 連絡先 _____ 保育時間 : ~ : 月額料金 円 <input type="checkbox"/> その他 _____
	再入所 <small>(該当者のみ記入)</small>	退所した施設名称 _____ 施設退所月 年 月 退所理由 <input type="checkbox"/> 育児休業に伴う。 <input type="checkbox"/> その他

児童の状況	健康状態	病歴・持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日から 病名 () 通院の状態 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 _____回 現在の状況 _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日から 病名 () 通院の状態 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 _____回 現在の状況 _____
		発育・発達	相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日から 病院・施設名 _____ 月 _____回 相談内容 _____	相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日から 病院・施設名 _____ 月 _____回 相談内容 _____
		障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級
		アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状 _____ 除去食品 _____ 除去内容 _____ 医師の診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状 _____ 除去食品 _____ 除去内容 _____ 医師の診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		投薬の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名称 _____ 日 _____回 ※原則として、保育所等での投薬行為はできません。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名称 _____ 日 _____回 ※原則として、保育所等での投薬行為はできません。

世帯の状況	氏名	続柄	生年月日(年齢)	会社名、学校名、在園名等
			S・H 年 月 日()	
			S・H 年 月 日()	
			年 月 日()	
			年 月 日()	

祖父母の状況 ※別居の場合は、住所の欄に都道府県、市区町村名を記載してください。

	氏名	生年月日(年齢)	住所	状況
父方	祖父	年 月 日()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他
	祖母	年 月 日()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他
母方	祖父	年 月 日()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他
	祖母	年 月 日()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他

確認事項 ※全ての事項をよくお読みの上、該当する数字に丸印、□に☑をつけてください。

2人以上の児童の入所を希望する場合	1 同時に同じ保育所等のみ通所する。 2 同時であれば別々の保育所等でも通所する。 3 1人だけ入所できた場合でも通所する。 <input type="checkbox"/> どちらでも <input type="checkbox"/> 上の児童 <input type="checkbox"/> 下の児童 <input type="checkbox"/> ()
入所希望日に入所できなかった場合	<input type="checkbox"/> 保育所等以外の施設を利用(予定)する。(<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育所 <input type="checkbox"/> その他) 施設名() <input type="checkbox">保護者・親族等が保育する。 <input type="checkbox"/>職場に連れて行く。 <input type="checkbox"/>その他() </input>
育児休業からの復職による申請をする場合	1 直ちに復職することを希望する。 2 保育所等の利用が保留となった場合は、保護者において育児休業の期間の延長を許容することができる。 ※2を選択した場合は、調整指数の減点(-11点)が適用となり、その他の調整指数は適用されません。
出産の予定	<input type="checkbox"/> 有(出産予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無
ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 証明書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> その他() 事由の発生 年 月 日頃
世帯の利用料金滞納状況	兄弟姉妹が在所中である方又は退所若しくは卒園をした方の利用料金の滞納はありますか。 <input type="checkbox"/> 有(滞納理由: 滞納金額:) <input type="checkbox"/> 無

同意事項 ※全ての事項をよくお読みの上、□に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> この申請に関し必要な情報を公簿等により確認すること。 <input type="checkbox"/> 内定した施設にお子さんの状況や保育要件等の情報提供をすること。 <input type="checkbox"/> 保育の必要性の状況確認のため、勤務先等へ照会すること。 <input type="checkbox"/> ご家庭の状況、保育の必要性の事由等が変更になった場合は、速やかに届出をすること。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額(利用料金)の支払は、原則として口座振替とすること。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額(利用料金)を納期限までに納入すること。 <input type="checkbox"/> 下記のいずれかに該当する場合について、退所となることに異議はありません。 ◆<育児休業中、休職中>復職予定月の末日までに職場への復職ができない場合 ◆<求職中>入所承諾期間である3箇月までに就労できない場合 ◆<就職内定>入所月の末日までに、就労証明書の勤務日数及び勤務時間のおりに勤務を開始しなかった場合 ◆<出産要件>申込みの有効期間である出産予定月とその前後2箇月の最大5箇月間を過ぎた場合 ※記載された事項及び添付書類の記載事項は、子ども子育て支援システムに記録されます。
上記確認項目について、全て同意の上で申し込みます。 年 月 日 保護者署名 (父) _____ (母) _____

事務処理欄	受付	收受印
	入力	
	確認	

