様式第1号（第2条関係）

**保育施設利用（新規・継続）申込書**

　　年　　月　　日

小美玉市長　様　　　　　　　　 　(保護者) 　住　所

氏　名

　自宅℡　　 　（　　）

　 携帯℡　父　　　（　　）

　　　　 母　 　（　　）

保育施設等の利用について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望児 童  | ふ　り　が　な氏　　　名 | 生年月日 | 性　別 | 緊急連絡先 |
|  | 　　 年 　月 　日生 | 男・女 | 携帯１　　　　　　　　続柄（　　）携帯２　　　　　　　　続柄（　　） |
| 利用を希望する施設（事業者）名※利用可能となった場合、入所してもよい園を記入してください | 第１希望　　　　　　　　　　　 【見学】済・未（希望理由） |
| 第２希望　　　　　　　　　　　 【見学】済・未（希望理由） |
| 第３希望　　　　　　　　　　　 【見学】済・未（希望理由） |
| 第４希望　　　　　　　　　　　　 【見学】済・未（希望理由） |
| 第５希望 【見学】済・未（希望理由） |
| 利用を希望する期間 | 　　年　　月　　日　　～　 | □　小学校就学始期に達するまで□　　　　　年　　月　　日まで |
| 認定証番号 | （　　　　　　　　　　　　　　　）既に保育の必要性の認定を受けている場合にご記入下さい。 |
| 確認事項（該当事項に☑） | ＊同時に2人以上の申込みの場合　□同時期に同じ施設のみ利用を希望する　□同時期であれば別々の施設でも利用を希望する　□１人でも利用を希望する　　□他の児童はきょうだいと同じ施設のみ利用を希望する。　　□他の児童はきょうだいと別の施設でも利用を希望する |

①利用希望児童の現在の保育状況

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の保育の状況 | □.父母が保育している 　→ 　A.仕事を探している　　B.就職内定（ 　　年　　月～）C.育児休暇・産後休暇中　（ 　　年　　月　　日）　明け（ 早め復帰 ・ 延長可 ）□祖父母等が保育している　 →　 (父方・母方) （祖父・祖母・その他　　　　 　　　　　 　　　　　）□友人・知人に預けている 　→　 (氏名　　　　　　　　　　　／住所　　　 　　　　　　　　　　　　)□仕事に同伴している　 → 　(同伴している人　／ 父・母・祖父・祖母・その他　 　　　 　　)□施設利用　 → 　現在利用している施設の名称（　　　　　 　　　　） 利用日数（週　　　日）→ 利用を開始した年月（平成・令和　　　年　　月～）利用料金（月額　　　　　円）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去の集団保育利用 → A.有り 施設の名称（　　　　　　 　　　　）　B.無し　　 |

②利用希望児童のきょうだい（未就学児）の保育状況

|  |  |
| --- | --- |
| きょうだいの保育の状況 | □.父母が保育している 　→ 　A.仕事を探している　　B.就職内定（ 　　年　　月～）C.育児休暇・産後休暇中　（ 　　年　　月　　日）　明け（ 早め復帰 ・ 延長可 ）□祖父母等が保育している　 →　 (父方・母方) （祖父・祖母・その他　　　　 　　　　　 　　　　　）□友人・知人に預けている 　→　 (氏名　　　　　　　　　　　／住所　　　 　　　　　　　　　　　　)□仕事に同伴している　 → 　(同伴している人　／ 父・母・祖父・祖母・その他　 　　　 　　)□施設利用　 → 　現在利用している施設の名称（　　　　　 　　　　） 利用日数（週　　　日）→ 利用を開始した年月（ 　　　年　　月～）利用料金（月額　　　　　円）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去の集団保育利用 → A.有り 施設の名称（　　　　　　 　　　　）　B.無し　　 |

③利用希望児童の健康状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 健康状況 | ○お子さんの健康状態　　　（　□良好　　□普通　　□弱い　） |
| ○現在病院に通院中ですか。　　（　□通院していない 　□通院している 　）　→通院している場合（病名　　　　　　　　　 　病院名　 　　　　　　 　　　　 　　　）通院頻度　　　　　ヶ月・　　週に　　回位通院 |
| ○障がい、病気・事故の後遺症はありますか。　（　□なし　□あり　）　→ある場合（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 体　　　質 | ○アレルギー体質ですか。（　□はい　□いいえ　□離乳していないのでわからない　） |
| ○食べさせていけないものがありますか。　（　□あり　□なし　□宗教または思想上の理由でたべさせないものがある　）　→ありの場合（　食べさせてはいけないもの ／ ） →食べるとどのような症状が出ますか（　発疹・吐き気・呼吸困難・　　　　　 　　　）　→医師による食事制限の有無（　□なし　□あり　／　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 乳児検診の状況 | ○4ヶ月検診　　　　□受診 □未受診 　指導事項　□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）○9ヶ月検診　　　　□受診 □未受診　 指導事項　□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）○1歳6ヶ月検診　　 □受診 □未受診　 指導事項　□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）○3歳児検診 □受診 □未受診　 指導事項　□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　その結果どうしましたか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）○心身の発達（言語等）に遅れがありますか。　→　□あり　□なし 　　ある場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）○その他気になることがありますか。　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |

④祖父母の状況（小美玉市外の場合もご記入下さい。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 父　方 | 祖父 | 氏　名 | 明・大・昭・平　　　　年　　月　　日　　　 | 住　所□　同居□　別居（　　　　　　　　　　　 　　） |
| □無職　□就労中　勤務先（名称：　　　　　　　　　℡：　　　　　　　　勤務時間：　　　～　　　）□病気・障がい → 病名・障がい名（　　　　　　　　　　　）通院頻度（　　ヶ月・　　週に　　回）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 祖母 | 氏　名 | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日　　　　 | 住　所□　同居□　別居（　　　　　　　　　　　　） |
| □無職　□就労中　勤務先（名称：　　　　　　　　　℡：　　　　　　　　勤務時間：　　　～　　　）□病気・障がい → 病名・障がい名（　　　　　　　　　　　）通院頻度（　　ヶ月・　　週に　　回）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 母　方 | 祖父 | 氏　名 | 明・大・昭・平　　　　年　　月　　日　　　 | 住　所□　同居□　別居（　　　　　　　　　　　　） |
| □無職　□就労中　勤務先（名称：　　　　　　　　　℡：　　　　　　　　勤務時間：　　　～　　　）□病気・障がい → 病名・障がい名（　　　　　　　　　　　）通院頻度（　　ヶ月・　　週に　　回）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 祖母 | 氏　名 | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日　　　　 | 住　所□　同居□　別居（　　　　　　　　　　　　） |
| □無職　□就労中　勤務先（名称：　　　　　　　　　℡：　　　　　　　　勤務時間：　　　～　　　）□病気・障がい → 病名・障がい名（　　　　　　　　　　　）通院頻度（　　ヶ月・　　週に　　回）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |