

入園(転園)申込書【保育施設・地域型保育事業 利用申込書】

月入園(転園)希望

年 月 日

新宿区長 宛て

申込者：居住地 新宿区

(引越しの場合は引越し前の住所) _____

自宅電話番号： _____

父：携帯電話番号： _____

※内定時の連絡先として希望する番号に☑チェックしてください。

母：携帯電話番号： _____

保護者氏名 _____

下記の3点に同意の上で、次のとおり、保育施設・地域型保育事業の利用を申込みます。

* 個人番号の利用により、区が保有する特別区民税の課税情報、生活保護世帯等^{※1}、児童扶養手当の受給情報又は障害者関係情報を確認すること。

また、他市区町村が保有する当該情報を照会すること。

* 申込時および入園後、保育施設・地域型保育事業に申込み状況・家庭状況等を提供すること。

* 虚偽の報告や答弁等をした場合、条例により過料に処することがあること。

入力日(※区記入欄)

認定保護者の選択 ^{※2}	入園(転園)を希望する児童の世帯員(同居の親族を含めて記入してください)				クラス	令和3年1月1日	令和4年1月1日
	フリガナ	続柄	生年月日	職業, 通学先・通園先名等		現在の居住地 ^{※3}	現在の居住地 ^{※3}
<input type="checkbox"/>	氏名		(歳) 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他 () ()	<input type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他 () ()
<input type="checkbox"/>			(歳) 年 月 日			<input type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他 () ()	<input type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他 () ()
入園(転園)を希望する児童の番号を○で囲むこと	1	子	(歳) 年 月 日			こどもコード(※区記入欄)	
	2	子	(歳) 年 月 日			※	
	3		(歳) 年 月 日				
	4		(歳) 年 月 日				
	5		(歳) 年 月 日				

生活保護等^{※1} 受給世帯 非該当 ・ 該当 (年 月 日から受給開始)

ひとり親の場合 死別・離婚・調停中・未婚・その他() 年 月 日から
DV相談等 有(相談先:) ・ 無
養育費 有(月額 円) ・ 無 児童扶養手当受給 有 ・ 無 ・ 手続中

希望園(第11希望以上ある場合は、別紙に記入)				転園希望理由
1	保育園 子ども園	6	保育園 子ども園	理由: _____ _____
2	保育園 子ども園	7	保育園 子ども園	
3	保育園 子ども園	8	保育園 子ども園	支給認定証の交付希望 <input type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望する 上記の欄にチェックがない場合には、教育・保育給認定通知書を送付します。支給認定証の交付を受けた場合で、教育・保育給付認定の変更の認定があったときは、交付を受けた支給認定証を返還する必要があります。
4	保育園 子ども園	9	保育園 子ども園	
5	保育園 子ども園	10	保育園 子ども園	

保育を必要とする期間 年 月 日から 年 月 日まで・小学校就学期間まで

※1 「生活保護世帯等」とは、生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付をいう。

※2 教育・保育給付認定保護者とする方に☑チェックしてください。教育・保育給付認定保護者から保育料を徴収します。

※3 各年の1月1日現在に新宿区外にお住まいだった場合は、居住していた都道府県名及び市区町村名を記入してください。

家庭状況票 1

この家庭状況票は、保育の必要性の確認及び利用調整を決定する際の資料となりますので、該当事項は事実に基づき正確に記入してください。また、必要に応じて証明書等の提出をお願いいたしますのでご了承ください。

		父 の 状 況	母 の 状 況
就 労 (予 定) の 状 況	就 労 形 態 (該 当 に ○ 印)	居宅外勤務(常勤・パート・その他)、居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中)、その他()	居宅外勤務(常勤・パート・その他)、居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・活動中)、その他()
	勤 務 (予 定) 先 名 (受 注 先)		
	所 在 地		
	電 話 番 号	()	()
	仕 事 の 内 容		
	就 労 時 間 ・ 曜 日 ・ 日 数 ※ 就 労 (予 定) 証 明 書 と 就 労 時 間 ・ 曜 日 等 が 異 な る 場 合 は 理 由 を 記 入	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) 1 日 平 均 _____ 時 間 週 平 均 _____ 日 間 (理 由)	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) 1 日 平 均 _____ 時 間 週 平 均 _____ 日 間 (理 由)
	自 営 の 方	使 用 人 有 () 人 ・ 無	使 用 人 有 () 人 ・ 無
	求 職 (内 定 ・ 活 動 中) の 方	失 業 有 (年 月 日) ・ 無	失 業 有 (年 月 日) ・ 無
	産 休 育 休 中 の 方	産 休 ・ 育 児 休 業 後 職 場 復 帰 _____ 年 _____ 月 _____ 日 予 定	
就 労 以 外 の 状 況	出 産	出 産 (予 定) 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (母 子 健 康 手 帳 の 写 を 添 付)	
	心 身 障 害	障 害 名 () 身 体 障 害 者 手 帳 () 級 ・ 愛 の 手 帳 () 度 ・ 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 () 級	障 害 名 () 身 体 障 害 者 手 帳 () 級 ・ 愛 の 手 帳 () 度 ・ 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 () 級
	疾 病	病 名 () 診 断 書 添 付 病 院 名 () _____ 年 _____ 月 から 通 院 ・ 入 院 ・ 入 院 予 定 療 養 予 定 期 間 約 _____ か 月 間	病 名 () 診 断 書 添 付 病 院 名 () _____ 年 _____ 月 から 通 院 ・ 入 院 ・ 入 院 予 定 療 養 予 定 期 間 約 _____ か 月 間
	同 居 親 族 の 看 護 ・ 介 護	対 象 者 名 () 続 柄 () _____ 歳 看 護 ・ 介 護 開 始 _____ 年 _____ 月 から 病 名 () 診 断 書 添 付 手 帳 無 ・ 有 (_____ 手 帳 _____ 級 ・ 度) 療 養 場 所 : 自 宅 ・ 病 院 等 (施 設 名) 看 護 ・ 介 護 日 数 毎 日 ・ 週 () 日 間 _____ : _____ ~ _____ : _____	
	就 学 技 能 習 得 日 本 語 学 校	学 校 名 () _____ 年 _____ 月 入 学 _____ 年 制 の _____ 年 次 在 学 中 受 講 日 週 _____ 日 間 _____ : _____ ~ _____ : _____ ※ 入 学 ・ 在 学 証 明 書 、 カ リ キ ュ ラ ム 添 付	学 校 名 () _____ 年 _____ 月 入 学 _____ 年 制 の _____ 年 次 在 学 中 受 講 日 週 _____ 日 間 _____ : _____ ~ _____ : _____ ※ 入 学 ・ 在 学 証 明 書 、 カ リ キ ュ ラ ム 添 付
	そ の 他		
希 望 す る 保 育 必 要 量	<input type="checkbox"/> 保 育 短 時 間 (基 本 開 所 時 間 の 内 、 最 長 8 時 間 (9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) ま で の 利 用 に 対 応) <input type="checkbox"/> 保 育 標 準 時 間 (基 本 開 所 時 間 の 内 、 最 長 1 1 時 間 ま で の 利 用 に 対 応)		
延 長 保 育 の 希 望	<input type="checkbox"/> 希 望 し な い ・ <input type="checkbox"/> 希 望 す る (別 途 申 込 み が 必 要 に な り ま す) ※ 延 長 保 育 に は 定 員 が あ る た め 、 希 望 の と お り に 利 用 で き な い 場 合 が あ り ま す 。		

家庭状況票 2

入園 (転園)	氏名		認定区分※	<input type="checkbox"/> 2号(満3歳以上の場合) <input type="checkbox"/> 3号(満3歳未満の場合)			
	保育状況	1 自宅で 父・母・祖父母・() が保育している。 2 預けている。預け先 () 保育料月 _____円 _____:_____ ~ _____:_____ 週 _____日 3 同伴就労、その他 ()					
希望 児童 の 状 況	健康状態	1 現在、継続的に通院治療等をしていますか? (無 ・ 有 → _____ 病院) アレルギー(アトピー性皮膚炎等)・ひきつけ・ぜん息・その他() ▶投薬・塗薬〔1日 _____回 → 朝・昼・夕 / 症状: _____〕 2 お子さんの発育面で気になることがありますか? (無 ・ 有) 運動面 () 言葉 () 生活[排泄や食事等] () 身体 () 視力について () 聴力について () 3 相談している施設はありますか? 【 無 ・ 有 】 → 子ども総合センター・保健センター・療育センター・その他() 4 手帳(障害者手帳・愛の手帳)の交付はされていますか? (無 ・ 有 → _____ 級・ _____ 度) ※「有」の場合は、手帳のコピーを添付してください。					
	入園 (転園)	氏名		認定区分※	<input type="checkbox"/> 2号(満3歳以上の場合) <input type="checkbox"/> 3号(満3歳未満の場合)		
保育状況		1 自宅で 父・母・祖父母・() が保育している。 2 預けている。預け先 () 保育料月 _____円 _____:_____ ~ _____:_____ 週 _____日 3 同伴就労、その他 ()					
希望 児童 の 状 況	健康状態	1 現在、継続的に通院治療等をしていますか? (無 ・ 有 → _____ 病院) アレルギー(アトピー性皮膚炎等)・ひきつけ・ぜん息・その他() ▶投薬・塗薬〔1日 _____回 → 朝・昼・夕 / 症状: _____〕 2 お子さんの発育面で気になることがありますか? (無 ・ 有) 運動面 () 言葉 () 生活[排泄や食事等] () 身体 () 視力について () 聴力について () 3 相談している施設はありますか? 【 無 ・ 有 】 → 子ども総合センター・保健センター・療育センター・その他() 4 手帳(障害者手帳・愛の手帳)の交付はされていますか? (無 ・ 有 → _____ 級・ _____ 度) ※「有」の場合は、手帳のコピーを添付してください。					
	祖父 母 の 状 況	氏 名		年 齢		住 所	
父 方		祖父		歳			
		祖母		歳			
母 方		祖父		歳			
	祖母		歳				
確 認 事 項	◆園の送迎 送る方(父・母・他 _____) / 迎えに来る方(父・母・他 _____)						
	◆入園後の慣らし期間の対応者 父・母・他(_____)						

※ 認定区分の欄は、保育園・子ども園等の入園希望月初日に該当する区分に☑してください。

児童状況票 (年 月 日記入)

※ 3歳未満のお子さんは全ての項目を記入、3歳以上のお子さんは■印のみをご記入ください。

※ 3人以上申込みの場合は、コピーして記入してください。

	申込児童氏名①	申込児童氏名②
①生まれたときの状況は		
■②生まれたときの体重は	現在年齢 才 ヶ月 現在身長 m cm 現在体重 kg g	現在年齢 才 ヶ月 現在身長 m cm 現在体重 kg g
③生まれたのは妊娠第何週でしたか	正常・帝王切開・吸引・仮死	正常・帝王切開・吸引・仮死
④保育器に入りましたか	g	g
⑤首がすわったのはいつ頃ですか	週	週
⑥音や声のする方を向きますか	いいえ・はい (日間)	いいえ・はい (日間)
⑦目で動くものを追いますか	() か月 ・ まだ	() か月 ・ まだ
⑧あやすとよく笑いますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑨ハイハイができるようになったのはいつ頃ですか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑩ひとりすわりができるようになったのはいつ頃ですか ※「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑪話しはじめ(ママ・ブーブー等)はいつ頃ですか	() か月 ・ まだ	() か月 ・ まだ
■⑫大人の言うことがわかりますか	() か月 ・ まだ	() か月 ・ まだ
■⑬歩きはじめはいつ頃ですか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
■⑭スプーンやフォークを使って自分で食べますか	() か月 ・ まだ	() か月 ・ まだ
■⑮走ることができますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
■⑯二語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などが言えますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
■⑰排泄を(した後)、言葉やしぐさで教えますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
■⑱最近受けた健康診断の結果はどうでしたか	(月 ・ 才児健診) 良好 ・ 指摘あり	(月 ・ 才児健診) 良好 ・ 指摘あり
※「指摘あり」の場合は、内容を記入してください		
■⑲発達や慢性の病気で、病院や施設に通っていますか	いいえ ・ はい	いいえ ・ はい
※「はい」の場合は、病気・障害名および病院・施設名を記入してください	病気・障害名 病院・施設名	病気・障害名 病院・施設名
■⑳アレルギー・アトピー等がありますか	ない ・ ある	ない ・ ある
※「ある」の場合は、症状や除去食を記入してください アレルギーテストの結果を提出してください	症状 除去食	症状 除去食
■㉑入園にあたり健康上・発達上気になることがありますか	ない ・ ある	ない ・ ある
※「ある」の場合は、内容を記入してください		