

定期利用保育利用申込書

月利用希望

新宿区長 宛て

_____年 _____月 _____日

申込者：居住地 新宿区 _____

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電話番号にチェック してください [母] 携帯電話番号： _____

保護者氏名： _____ . _____

以下の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し込みます。

- * 個人番号により、特別区民税の課税状況、生活保護等の受給状況、児童扶養手当の支援給付状況、障害者(児)の認定状況を照会すること。
- * 申込時及び利用開始後、保育施設等に申込状況・家庭状況等の情報を提供すること。
- * 虚偽の報告や答弁等をした場合は、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)

	利用を希望する児童の世帯全員(同居する者全員)				クラス	令和5年1月1日	令和6年1月1日	
	フリガナ		児童との続柄	生年月日		職業、通学先・通園先名等	現在の居住地	現在の居住地
	氏	名					()	()
保護者	_____		子	(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 ()	
	_____			(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 ()	
利用希望の児童の番号に○	1	_____		子	(歳) 年 月 日	(区記入欄) こどもコード		
	2	_____		子	(歳) 年 月 日	(区記入欄) こどもコード		
	3	_____			(歳) 年 月 日			
	4	_____			(歳) 年 月 日			

生活保護等 ※ 受給世帯 非該当 該当 → _____ 年 _____ 月 _____ 日から受給開始

ひとり親世帯 非該当 該当 → 死別 離婚 調停中 未婚 その他 ()
※ 「ひとり親世帯の状況申告書」をご提出ください。

障害児(者)がいる世帯 非該当 該当 → 身体障害者手帳 療育手帳(愛の手帳) 精神障害者保健福祉手帳
※ 手帳の写しをご提出ください。

利用希望園	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

※ 「生活保護等」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)による支援給付のことです。

家庭状況票 1

事実に基づき正確に記入してください。また、状況がわかる証明書等の添付が必要です。

		父の状況	母の状況
就労の状況	就労形態	<input type="checkbox"/> 被雇用者 <input type="checkbox"/> 自営業者[使用人: <input type="checkbox"/> 有()人 <input type="checkbox"/> 無] <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> 被雇用者 <input type="checkbox"/> 自営業者[使用人: <input type="checkbox"/> 有()人 <input type="checkbox"/> 無] <input type="checkbox"/> その他[]
	勤務(予定)先名		
	所在地		
	電話番号		
	仕事の内容		
	就労時間・曜日・日数 <small>※就労証明書と就労時間・曜日等が異なる場合は理由を記入</small>	_____:_____~_____: (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] _____ _____
	妊娠・出産休暇 育児休業	_____年 _____月 _____日復職予定 育児短時間勤務制度による勤務時間の短縮 <input type="checkbox"/> 有 短縮後の勤務時間 _____:_____~_____: <input type="checkbox"/> 無・未定	_____年 _____月 _____日復職予定 育児短時間勤務制度による勤務時間の短縮 <input type="checkbox"/> 有 短縮後の勤務時間 _____:_____~_____: <input type="checkbox"/> 無・未定
就労内定 <small>※定期利用保育利用後に就労を開始する場合</small>	_____年 _____月 _____日就労開始予定 前職の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____年 _____月 _____日退職]	_____年 _____月 _____日就労開始予定 前職の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____年 _____月 _____日退職]	
利用希望日 <small>※利用を希望する曜日を○で囲んでください。</small>	(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) 週 _____ 日の利用 ※ 利用日は父及び母がともに就労している曜日となります。 ※ 利用承諾曜日は希望どおりにならない場合があります。 ※ ウィズブック保育園中落合、キッズガーデン新宿西落合、しんえい子ども園もくもく、二葉南元保育園は、土曜日の定期利用保育は実施していません。		

きょうだい組み合わせ(きょうだい同時申込みの方のみ記入)

【きょうだい同時申込みの場合】 以下 ① ② ③ のうち、希望する項目に○印をつけてください。

① 同時に全員が利用できる場合のみ希望する。それ以外の場合の利用は辞退する。

② 1人のみでも利用を希望して、他の児童は空き待ちをする。

※ 1人のみが利用を開始した場合であっても、就労を開始することが利用の要件です。

③ その他 []

児童状況票 (_____年 _____月 _____日記入)

※ ■印は、すべての方が記入してください。
 該当する年齢(クラス)の欄を記入してください。

		申込児童氏名 ①	申込児童氏名 ②
共通	■現在の年齢	歳 月	歳 月
	■現在の身長・体重	cm・kg	cm・kg
	■出生時の妊娠週数	第 週	第 週
	■出生時の身長・体重	cm・g	cm・g
	■出生時に何か異常はありましたか ※「はい」の場合は、病名等を記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
	■歩き始めた時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	■最近受けた健康診断 ※「指摘あり」の場合は、内容を記入してください	()か月・()歳児健診 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり ()	()か月・()歳児健診 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり ()
■心身、言語等の発達において気になることがありますか ※「はい」場合は、内容を記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	

0歳児クラス・1歳児クラスの児童	首がすわった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	寝返りをした時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	ひとり座りができるようになった時期 ※「ひとり座り」とは、支えられなくても座れることをいいます	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	這いずり(ハイハイ)ができるようになった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	つかまり立ちができるようになった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	見えない方向から声をかけるとそちらを見ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	ママ・ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	スプーンやフォークを使って自分で食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	

2歳児クラス以上の児童	名前を呼ばれたら返事をしますか(呼ばれたことがわかり反応しますか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	後追いをしますか(しましたか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	意味のある単語(物の名称など)を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	衣服の着脱ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	おしっこをひとりでしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	危険な行為を大人の表情や簡単な言葉かけでやめることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	理由なく、突然たいたり、かみついたり、奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	生活に支障をきたすほど、特定のことにこだわりますか(数字・図形・水遊び・食べ物・回るもの) ※「はい」の場合は、こだわることを記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
極端に嫌がることはありますか(人に触られること、大きな音など) ※「はい」の場合は、嫌がることを記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	