

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

新宿区長 宛て \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申込者：住所 新宿区\_\_\_\_\_

(転居予定の場合は転居前の住所) \_\_\_\_\_

☐ 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。
  - ・ 申込時及び入園後、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)

|                                      | 認定保護者の選択<br>※1                      | 入園(転園)を希望する児童の世帯全員(同居する者全員)   |        |  |              | クラス             | 令和6年1月1日<br>現在の居住地  | 令和7年1月1日<br>現在の居住地  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--------|--|--------------|-----------------|---|---|
|                                      |                                     | フリガナ  | 児童との続柄 | 生年月日   | 職業、通学先・通園先名等 |                 |   |   |
|                                      |                                     | 氏名  |        |  |              |                 |   |   |
| 保護者                                  | <input type="checkbox"/>            |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 | <input type="checkbox"/> 新宿区<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 新宿区<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 | <input type="checkbox"/> 新宿区<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 新宿区<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 入園(転園)希望の児童の番号に○                     | 1                                   |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 | (区記入欄) こどもコード   |   |
|                                      | 2                                   |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 | (区記入欄) こどもコード   |   |
|                                      | 3                                   |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 |   |   |
|                                      | 4                                   |   |        | ( 歳 )<br>年 月 日   |              |                 |   |   |
| 希望する保育必要量                            |                                     | <input type="checkbox"/> 保育標準時間 [最長11時間 (基本開所時間のうち、保育が必要な時間の利用)]<br><input type="checkbox"/> 保育短時間 [最長 8時間 ( 9:00~17:00のうち、保育が必要な時間の利用)]  |        |  |              |                 |   |   |
| 生活保護等※2 受給世帯                         |                                     | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当→ 年 月 日から受給開始   |        |  |              |                 |   |   |
| ひとり親世帯                               |                                     | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当→ <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※「ひとり親世帯の状況申告書」をご提出ください。 |        |  |              |                 |   |   |
| 障害者(児)がいる世帯                          |                                     | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当→ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br>※ 手帳の写しをご提出ください。   |        |  |              |                 |   |   |
| 希 望 園 (希望する順番に記入、希望園が11以上ある場合は別紙に記入) |                                     |   |        |  |              | 希望理由 ※転園の場合のみ記入 |   |   |
| 1                                    |                                     | 6   |        |  |              |                 |   |   |
| 2                                    |                                     | 7   |        |  |              |                 |   |   |
| 3                                    |                                     | 8   |        |  |              |                 |   |   |
| 4                                    |                                     | 9   |        | 「支給認定証」の交付希望<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br>・「希望しない」またはチェック <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は、「教育・保育給付認定通知書」を送付します。<br>(「支給認定証」は必要となったときに発行可)<br>・「支給認定証」は、認定内容変更時に返還が必要です。(通知書は返還不要) |              |                 |   |   |
| 5                                    |                                     | 10  |        |  |              |                 |   |   |
| 保育を必要とする期間                           |                                     | 年 月 日から 年 月 日まで・小学校就学始期まで   |        |  |              |                 |   |   |

※1 認定、保育の実施及び保育料に関する通知は、教育・保育給付認定保護者宛て送付します。  
※2 「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<br><input type="checkbox"/> 自営業者[使用人: <input type="checkbox"/> 有( )人 <input type="checkbox"/> 無]<br><input type="checkbox"/> その他[ ]  | <input type="checkbox"/> 被雇用者<br><input type="checkbox"/> 自営業者[使用人: <input type="checkbox"/> 有( )人 <input type="checkbox"/> 無]<br><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<br>※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                                      | _____:____:~_____:_____<br>( 月・火・水・木・金・土・日 )<br>1日平均____時間、週平均____日間<br>[理由] _____<br>_____  | _____:____:~_____:_____<br>( 月・火・水・木・金・土・日 )<br>1日平均____時間、週平均____日間<br>[理由] _____<br>_____  |
|                  | 妊娠・出産休暇<br>育児休業  | ____年____月____日復職予定<br>育児短時間勤務制度による勤務時間の短縮<br><input type="checkbox"/> 有 短縮後の勤務時間____:____~____:____<br><input type="checkbox"/> 無・未定  | ____年____月____日復職予定<br>育児短時間勤務制度による勤務時間の短縮<br><input type="checkbox"/> 有 短縮後の勤務時間____:____~____:____<br><input type="checkbox"/> 無・未定  |
| 求職活動<br>(起業準備含む) | 前職 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有[____年____月____日退職] | 前職 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有[____年____月____日退職]   |  |
| 就労以外の状況          | 妊娠・出産  |  | 出産(予定)日 ____年____月____日<br>※母子健康手帳の写し添付  |
|                  | 疾病・負傷  | 病名____※診断書添付<br>病院名____<br>____年____月から 通院・入院・入院予定<br>療養予定期間 ____年____月頃まで・未定  | 病名____※診断書添付<br>病院名____<br>____年____月から 通院・入院・入院予定<br>療養予定期間 ____年____月頃まで・未定  |
|                  | 心身障害   | 障害名____<br>身体障害者手帳____級、療育手帳(愛の手帳)____度<br>精神障害者保健福祉手帳____級 ※手帳の写し添付   | 障害名____<br>身体障害者手帳____級、療育手帳(愛の手帳)____度<br>精神障害者保健福祉手帳____級 ※手帳の写し添付   |
|                  | 同居親族の<br>介護・看護   | 対象者氏名____(____歳)<br>続柄____<br>病名____※診断書添付<br>介護認定・手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>[____]<br>介護・看護開始 ____年____月頃から<br>介護・看護日数 <input type="checkbox"/> 毎日<br><input type="checkbox"/> 週____日 ____:____~____:____ | 対象者氏名____(____歳)<br>続柄____<br>病名____※診断書添付<br>介護認定・手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>[____]<br>介護・看護開始 ____年____月頃から<br>介護・看護日数 <input type="checkbox"/> 毎日<br><input type="checkbox"/> 週____日 ____:____~____:____ |
|                  | 就学<br>技能習得<br>日本語学校<br>その他   | 学校名____<br>____年____月入学 ____年制の____年次在学中<br>受講日 週____日 ____:____~____:____<br>※入学証明書・在学証明書、カリキュラム等添付   | 学校名____<br>____年____月入学 ____年制の____年次在学中<br>受講日 週____日 ____:____~____:____<br>※入学証明書・在学証明書、カリキュラム等添付   |
|                  | 延長保育の希望  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内定後に別途申込みが必要)  |  |

家庭状況票 2

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 申込児童①   | 氏名  | 認定区分 *入園(転園)希望月初日に該当する区分  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2号(満3歳以上) <input type="checkbox"/> 3号(満3歳未満)   |  |
|   | 保育の状況   | <input type="checkbox"/> 保育施設に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育している <input type="checkbox"/> 保護者以外の方が保育している |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> その他[_____]   |  |
|   |   | 預け先 名称 _____ 連絡先電話番号 _____  |  |
|   | 健康状態  | 住所 _____ 期間 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月   |  |
|   |   | 保育料[月 _____ 円]    保育時間[____:____~____:____、週 _____ 日]   |  |
|   |   | 先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で病院や施設に通っていますか  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→病名、障害名等[_____]    病院名、施設名[_____]    通院状況[_____]        |  |
|   |   | 先天性の病気や慢性疾患による医療的ケアがありますか   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→具体的な内容[_____]    保育施設で必要な対応[_____] |   |   |  |
| 障害者手帳の交付を受けていますか    *「はい」場合は、手帳の写しを添付   |   |   |  |
| 健康状態  | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳    等級[_____]    級(度)[_____] |   |  |
|   | けいれんやひきつけの経験はありますか  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→時期等の具体的な内容[_____]  |   |  |
|   | アレルギー、アトピー等がありますか    *「はい」場合は、症状や除去食を記入し、アレルギー検査結果の写しを添付  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→アレルギーの種類・症状・投薬・除去食等[_____]   |   |  |

|  |
|--|
| 園の送迎    送る方[ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 _____]、迎えに来る方[ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 _____] |
| 入園当初の慣らし保育期間への対応    [ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 _____]  |

|   |   |
|---|---|
| 外国籍の方は記入してください (For foreign nationals, please fill in the blank below. )                        |   |
| 日本語レベル (Japanese-language skills. Please check <input checked="" type="checkbox"/> in the box.) |   |
| <input type="checkbox"/> 父 (Father)<br>Nationality _____  | <input type="checkbox"/> <sup>よ</sup> 読み <sup>か</sup> 書きできる (able to read and write)、 <input type="checkbox"/> <sup>か</sup> い <sup>わ</sup> 会話が <sup>か</sup> できる (able to speak) |
|   | <input type="checkbox"/> 読み書き・会話ともにできない (not able to read, write and speak)   |
| <input type="checkbox"/> 母 (Mother)<br>Nationality _____  | <input type="checkbox"/> <sup>よ</sup> 読み <sup>か</sup> 書きできる (able to read and write)、 <input type="checkbox"/> <sup>か</sup> い <sup>わ</sup> 会話が <sup>か</sup> できる (able to speak) |
|   | <input type="checkbox"/> 読み書き・会話ともにできない (not able to read, write and speak)   |

# 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<br>※「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<br>( )                   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>( )                   |
|  | ■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<br>※「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<br><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり<br>( ) | ( )か月・( )歳児健診<br><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり<br>( ) |
| ■心身、言語等の発達において気になることがありますか<br>※「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<br>( ) | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>( )                   |   |

|                  |   |   |   |
|------------------|---|---|---|
| 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<br>※「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)<br>※「はい」の場合は、こだわることを記入してください | ( )   | ( )  |
| 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)<br>※「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<br>( )            | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>( ) |  |