

入園(転園)申込書【保育施設・地域型保育事業 利用申込書】

4月入園(転園)希望

記入例

入園を希望する月を記入。

令和●年 12月 1日

申込者：居住地 新宿区 歌舞伎町1-4-1

マンション等の場合、必ず部屋番号まで記入。

(転居予定の場合は転居前の住所)

自宅電話番号

内定の際の連絡を希望する連絡先にチェック。

[父] 携帯電話番号：*****

※ 内定時の連絡先と

[母] 携帯電話番号：*****

保護者氏名： 新宿一郎 ・ 新宿花子

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
- *申込
- *虚偽

新宿区からの通知のあて名や、保育園等保育料の納入義務者となります。父母どちらかを選択。

給付状況、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。情報を提供すること。あることがあること。

入力日(※区記入欄)

認定保護者の選択 ※1	氏名	児童との続柄	生年月日	職業、通学先・通園先名等	クラス	令和6年1月1日現在の居住地	令和7年1月1日現在の居住地
<input checked="" type="checkbox"/>	シンジクイチロウ 新宿一郎	父	(●●歳) 昭和●●年1月1日	会社員		<input type="checkbox"/> 新宿区 <input checked="" type="checkbox"/> その他(アメリカ)	<input checked="" type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	シンジクハナコ 新宿花子	母	(●●歳) 昭和●●年2月2日	会社員		<input type="checkbox"/> 新宿区 <input checked="" type="checkbox"/> その他(●●市)	<input checked="" type="checkbox"/> 新宿区 <input type="checkbox"/> その他
入園(転園)希望の児童の番号に○	1 シンジクツツジ 新宿	子	(●●歳) 平成●●年2月1日	〇〇小学校	小2	(区記入欄) こどもコード	
	2 シンジク	子	(●●歳) 平成●●年10月1日	〇〇小学校	小1	(区記入欄) こどもコード	
	3 シンジクサクラ 新宿さくら	子	(●●歳) 令和●●年2月1日				
	4						

入園希望のお子さんに○を付けてください。

就労時間・通勤時間に準じ、保育必要量を選択してください。

希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 [基本開所時間のうち、最長11時間までの利用] <input type="checkbox"/> 保育短時間 [基本開所時間のうち、最長 8時間(9:00~17:00)までの利用]
生活保護等※2 受給世帯	<input checked="" 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 checked="" 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 () ※「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	<input checked="" 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) ※ 手帳の写しをご提出ください。

支給認定証発行希望の有無により利用調整上有利・不利になることはありません。企業主導型保育施設等を利用する場合に支給認定証が必要となる場合があります。

希望園 (希望する順番に記入、希望園が1以上ある場合は別紙に記入)		希望園番号	希望園種別	希望園住所	希望園電話番号	希望園備考
1	○●● 保育園	6				
2	●●● 保育園					
3	■●● 子ども園					
4						
5						

希望順による有利・不利はありませんので、希望する順番で記入してください。

入園(転園)希望年月日を記入してください。(入園は各月必ず1日からとなります)

保育を必要とする期間 令和●年 4月1日から 年 月 日まで 小学校就学始期まで

「支給認定証」の交付希望
 希望する 希望しない
・チェックがない場合は「教育・保育給付認定通知書」を送付します。「支給認定証」は必要となったときに発行可
・「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)

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 checked="" type="checkbox"/> 自営業者[使用人: <input checked="" type="checkbox"/> 有(5)人 <input type="checkbox"/> 無] <input type="checkbox"/> その他[]	<input checked="" 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]
	勤務(予定)先名	株式会社	△△△株式会社
	所在地	〇〇市△△町1-1-1	新宿区〇〇町2-2-2
	電話番号	*** (***) **	(****) ****
	仕事の内容	経営	事務
	就労時間・曜日・日数	9:00 ~ 18:00 (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均 9 時間、週平均 6 日間 [理由] _____	9:00 ~ 17:00 (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均 8 時間、週平均 5 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"/> 別添の就労(予定)証明書に準じ記入してください。復職後時短等取得の場合は時短取得後の時間を記入してください。	令和〇年 4月 20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 checked="" type="checkbox"/> 有 短縮後の勤務時間 10:00 ~ 16:00 <input type="checkbox"/> 無・未定
求職活動 (起業準備含む)	前職 _____	前職 <input type="checkbox"/> 無 <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 ※母子健康手帳の写し添付
	疾病・負傷	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 _____年_____月頃まで・未定	病名 _____ ※診断書添付 _____年_____月から 通院・入院・入院予定 療養予定期間 _____年_____月頃まで・未定
	心身障害	障害名 _____ 身体障害者手帳 _____級、療育手帳(愛の手帳) _____度 精神障害者保健福祉手帳 _____級 ※手帳の写し添付	障害名 _____ 身体障害者手帳 _____級、療育手帳(愛の手帳) _____度 精神障害者保健福祉手帳 _____級 ※手帳の写し添付
	同居親族の 介護・看護	対象者氏名 _____ (_____歳) 続柄 _____ 病名 _____ ※診断書添付 介護認定・手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____] 介護・看護開始 _____年_____月頃から 介護・看護日数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 _____日 _____: _____ ~ _____: _____	対象者氏名 _____ (_____歳) 続柄 _____ 病名 _____ ※診断書添付 介護認定・手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____] 介護・看護開始 _____年_____月頃から 介護・看護日数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 _____日 _____: _____ ~ _____: _____
	就学 技能習得 日本語学校 その他	学校名 _____ _____年_____月入学 _____ 受講日 週 _____日 _____ ※入学証明書・在学証明書等添付	学校名 _____ _____年制の _____年次在学中 _____日 _____: _____ ~ _____: _____ ※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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内定後に別途申込みが必要)		

自営業の場合は、使用人の有無を必ず記入してください。

実際に勤務をされている場所の所在地・連絡先をしてください。

別添の就労(予定)証明書に準じ記入してください。復職後時短等取得の場合は時短取得後の時間を記入してください。

今後出産の予定がある方は、出産予定日をご記入ください。

「希望しない」にチェックを入れた場合でも利用できなくなるわけではありません。現時点での希望を記入してください。

家庭状況票 2

氏名	新宿さくら		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 checked="" type="checkbox"/> 3号(満3歳未満)
申込児童①	保育の状況	<input type="checkbox"/> 保育施設に預けている <input checked="" 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 [_____]	
	健康状態	預け先 名称 _____ 連絡先電話番号 _____ 住所 _____ 期間 _____年____月～____年____月 保育料[月 _____円] 保育時間[____:____～____:____、週____日]	
健康状態	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→具体的な内容 [_____] 保育施設 _____		
	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 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい→アレルギーの種類・症状・投薬・除去食等 [卵白]		
	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 保育園等を利用するにあたり気になる点があれば、些細なことでも構いませんのでご記入ください。 </div>		

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)
申込児童②	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 [_____]	
	健康状態	預け先 名称 _____ 連絡先電話番号 _____ 住所 _____ 期間 _____年____月～____年____月 保育料[月 _____円] 保育時間[____:____～____:____、週____日]	
健康状態	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 _____		
	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 <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 [_____]		
	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 送迎に来る方が複数想定される場合は複数〇をしてください。 </div>		

園の送迎 送る方 [<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 _____]、迎えに来る方 [<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他 祖母]			
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) nationality	<input type="checkbox"/> <small>よ</small> 読み <small>か</small> 書きできる (able to read and write)、 <input type="checkbox"/> <small>か</small> い <small>わ</small> 会話が <small>で</small> きる (able to speak)	<input type="checkbox"/> <small>よ</small> 読み <small>か</small> 書き・ <small>か</small> い <small>わ</small> 会話ともにできない (not able to read, write and speak)	_____
<input type="checkbox"/> 母 (Mother) nationality	<input type="checkbox"/> <small>よ</small> 読み <small>か</small> 書きできる (able to read and write)、 <input type="checkbox"/> <small>か</small> い <small>わ</small> 会話が <small>で</small> きる (able to speak)	<input type="checkbox"/> <small>よ</small> 読み <small>か</small> 書き・ <small>か</small> い <small>わ</small> 会話ともにできない (not able to read, write and speak)	_____

児童状況票 (令和●年12月1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)の欄に記入年月日を必ず記入

		申込児童氏名 ①	申込児童氏名 ②	
		新宿さくら		
		0歳 10か月		歳 か月
		71cm・8.2kg		
		第 40週		
		50cm・3000g		
		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
		※「はい」の場合は、病名等を記入してください		
共通	■歩き始めた時期	()か月頃	<input checked="" type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	■最近受けた健康診断	(6)か月・()歳児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 良好
	※「指摘あり」の場合は、内容を記入してください			
	■心身、言語等の発達において気になることがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	※「はい」場合は、内容を記入してください			
0歳児クラス・1歳児クラスの児童	首がすわった時期	(3)か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	寝返りをした時期	(6)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	(7)か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	※「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			
	這いずり(ハイハイ)ができるようになった時期	(9)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 checked="" type="checkbox"/> まだ		()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	あやすと笑いますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<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 checked="" type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<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 checked="" type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> まだ	
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> まだ	
2歳児クラス以上の児童	名前を覚えて呼びかけをしますか(呼ばれたことに応じますか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	後追(クラス)の欄に記入してください			
	意味(クラス)の欄に記入してください			
	話し言葉を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	簡単な言葉を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
※「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)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
※「はい」の場合は、嫌がることを記入してください				

出生時体重が2,500グラム以下や早産の場合、母子健康手帳の写しが必要な場合があります。

健診において指摘事項や経過観察があった場合、その内容をご記入ください。

保育園等を利用するにあたり気になる点があれば、些細なことでも構いませんのでご記入ください。

該当する年齢(クラス)の欄に記入してください。