

## 保育所等利用申請書（継続・転所）

庄原市長様

保育所の入所について、次のとおり申込みます。

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	連絡先①	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者氏名	(印)			連絡先②	父・母(携帯・職場)・自宅・その他
保護者住所	(〒 - ) 庄原市 町			連絡先③	父・母(携帯・職場)・自宅・その他

支給認定番号		※支給認定番号が判っている場合は記入してください。 <small>※平成29年4月1日時点の年齢を記入してください。</small>			
フリガナ		性別	男・女	続柄	
申請児童氏名	(第 子)				生年月日 平成 年 月 日 ( 歳)

申込区分	<input type="checkbox"/> 継続申込 <input type="checkbox"/> 転所申込：現在利用中の施設・事業名( ) ⇒ <input type="checkbox"/> 転居を伴うため <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同一施設・事業の利用を希望するため <input type="checkbox"/> その他				
利用開始希望日	<input type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から	終了(希望)日	<input type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> その他( 年 月 日)		
利用希望時間*	平日 時 分から 時 分まで				
	土曜日 時 分から 時 分まで				

\* 通勤時間を含んだ保育希望時間を記入してください。

### 【利用希望施設】

希望優先順位	希望施設・事業名*	希望優先順位	希望施設・事業名*
第1希望		第3希望	
第2希望		第4希望	

\* 希望施設・事業名は正確に記入してください。

### 【保育を必要とする状況】

※保育が必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職中
	母	<input type="checkbox"/> 妊娠(出産予定日 平成 年 月 日)・出産
(就労等の場合)自宅から勤務先等までの時間	父	平均約 時間 分〔 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )〕
	母	平均約 時間 分〔 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )〕
特に優先的保育を必要とする理由	ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚( 年 月) <input type="checkbox"/> 死別( 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居( 年 月 日(頃)から【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】)
	生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当者: /平成 年 月 日保護開始・廃止)
	その他の理由	<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業により、就労の必要性が高い <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれがある場合など、社会的養護が必要 <input type="checkbox"/> 子どもが障害を有する <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等の利用を希望する <input type="checkbox"/> 小規模保育事業などの卒園児童 <input type="checkbox"/> その他( )

【裏面あり】

※庄原市記入欄

			備考	申込書受付印	本庁受付印
受付	入力	結果			

**【家庭の状況】**

入所児童の保護者と兄弟姉妹(別居も含む)、及び同居している親族全員について記入してください。

区分	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は 学校名等	同居・別居の別	障害者手帳等
申請児童の同居者			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有
			T S H 年 月 日	歳		同・別	<input type="checkbox"/> 有

**【祖父母の状況】**

		氏名	傷病	就労	申請児童との同居・別居、住所、電話番号	
父方	祖父		有・無	有・無	同・別	〒 TEL
	祖母		有・無	有・無	同・別	〒 TEL
母方	祖父		有・無	有・無	同・別	〒 TEL
	祖母		有・無	有・無	同・別	〒 TEL

**【兄弟姉妹の同時利用申請】**

該当に☑し、記入してください。

兄弟姉妹で利用を希望する場合の意向	①兄弟姉妹とも利用できる場合 <input type="checkbox"/> 同じ施設・事業を利用できないときは利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> 希望順位より同じ施設・事業の利用を優先してほしい。 <input type="checkbox"/> 別々の施設・事業でもよいので希望順位の高い施設にしてほしい。
	②兄弟姉妹のいずれかしか利用できない場合 <input type="checkbox"/> 一部の子ども利用の場合は利用申請を辞退します。 <input type="checkbox"/> どの子どももが先の利用で構わない。 <input type="checkbox"/> 【児童名： _____】が先の利用でないと希望しない。

**【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】**

該当に☑し、記入してください。

<input type="checkbox"/> その他の施設・事業を利用する ( <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園(幼稚園部分) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業(従業員枠)	
<input type="checkbox"/> 待機	<input type="checkbox"/> 育児休暇延長
	<input type="checkbox"/> 職場で保育する ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者: _____)	
<input type="checkbox"/> 今回の利用申請を取り下げる	
<input type="checkbox"/> その他( _____ )	

**【申請児童の状況】**

身体状況等	障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障害名 _____ 等級: _____)
	療育手帳の交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( A・A・B・B )
	市役所保健師等への相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	専門機関への相談※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)

※専門機関とは、療育センターや病院、こども家庭センター等のことです。