

保育所等利用（変更）申込書兼児童台帳

記入例

次のとおり、保育所等の利用を申し込みます。
 なお、申込みに当たり、保育所等の利用調整のため、世帯の所得状況その他必要な事項を福祉事務所長が確認することに同意します。

(宛先) 川崎市 多摩 福祉事務所長		申請日	令和2年10月10日		
児童	支給認定番号 <small>(既に支給認定を受けている場合)</small>	認定日	平成 年 月 日	希望利用開始日	令和3年4月1日
	フリガナ 氏名	カワサキ 川崎	エイミ 栄美	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 平成 30 年 5 月 1 日
父・その他	フリガナ 氏名	カワサキ 川崎	フジオ 富士男	児童からの見続柄 父	個人数 *****
母・その他	フリガナ 氏名	カワサキ 川崎	キョウコ 京子	児童からの見続柄 母	個人数 *****
入所を希望する保育所等	保育所等の名称		見学済	保育所等の名称	
	第1希望	〇〇〇〇保育園	<input checked="" type="checkbox"/>	第5希望	◇◇◇◇保育園 <input checked="" type="checkbox"/>
	第2希望	□□□□保育園	<input checked="" type="checkbox"/>	第6希望	☆☆☆☆保育園 <input checked="" type="checkbox"/>
	第3希望	△△△△保育園	<input checked="" type="checkbox"/>	第7希望	<input type="checkbox"/>
	第4希望	××××保育園	<input type="checkbox"/>		
幼稚園等との併願の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 園名： ()				
保育状況	<input type="checkbox"/> 職場で保育している⇒ 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している⇒ 保育者名 川崎 <input type="checkbox"/> 次の預け先で保育している⇒ 平成 年 月 日 氏名又は施設名 _____ 住所又は所在地 _____ 電話番号 _____ () _____ 保育時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 保育料月額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 _____				
	児童の状況	病歴等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒ 病名 (小児ぜんそく) 平成 (令和) 元 年 9 月 1 日から <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 (1) 回 <input type="checkbox"/> 入院歴 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 その後の経過 ()		
		発育	言葉や発育について相談している病院や施設 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 施設名 () 平成 年 月 日から 月 日 回		
	健康状態	アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他 () 除去の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし 医師の指導に基づいて <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー ()		
投薬の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 薬の名称 () <input type="checkbox"/> 飲み薬 ※原則として、保育所等へ持参していただきます。				
その他	保育所等の利用に当たり、健康上又は発育上、気になることがありましたら記入してください。				
送迎予定者	朝	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		夕	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()

・9園以上希望する場合は、別紙（保育所等利用（変更）申込書兼児童台帳）へ記入してください。
 ・希望利用開始日時点でそれぞれの受入可能年齢を満たしているか、確認してください。
 ・特に0歳児の児童は月齢によって受入れできない施設がありますので、注意してください。
 ・希望された園が受入月齢・受入年齢に達していない場合、利用調整の対象外となります。
 ※希望園を変更する場合は改めて手続きが必要です。

保育所等の利用に当たり、健康上又は発育上、気になることがありましたら、必ず詳細を記入してください。

裏面も記入してください

父方 祖母の 状況	祖父				祖母					
	氏名	川崎 加瀬男 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	65 歳	希望利用開始日時	氏名	川崎 幸子 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	64 歳	希望利用開始日時
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (1 km以内) <input type="checkbox"/> 別居 (1 km超)			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (1 km以内) <input type="checkbox"/> 別居 (1 km超)				
	住所	川崎市多摩区登戸1775-1			住所	川崎市多摩区登戸1775-1 (同左)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 () 就労先 (矢上工業株式会社) 電話 044 (***) **** 勤務日数・時間 <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 5 日 8 : 00 ~ 17 : 00				<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 () 就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :					
	病名 () 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況 (介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>				病名 () 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況 (介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>					
母方 祖母の 状況	祖父				祖母					
	氏名	中原 新吉 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	65 歳	希望利用開始日時	氏名	中原 丸子 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	64 歳	希望利用開始日時
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (1 km以内) <input type="checkbox"/> 別居 (1 km超)			住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (1 km以内) <input type="checkbox"/> 別居 (1 km超)				
	住所	川崎市多摩区登戸1776-1			住所	川崎市多摩区登戸1776-1 (同左)				
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無職)				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無職)					
	就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :					
	病名 () 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況 (介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>				病名 () 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況 (介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>					
その他の 同居者の 状況	氏名		児童との 関係		年齢	希望利用開始日時		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病		<input type="checkbox"/> その他 ()
	就労先 ()	電話 ()	勤務日数・時間	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :	病名 ()	通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日	<small>具体的な状況 (介護・障害者手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>			
兄弟姉妹 2人以上で 申込み場合	<input type="checkbox"/> 同じ保育所等で同時期の入所のみを希望する。 (それ以外の入所を希望する場合は、希望する保育所等へお問い合わせください。)									
	<input checked="" type="checkbox"/> 同時に入所できる(1人だけの入所)を選択する場合は、こちらも記入してください。 <input type="checkbox"/> 1人だけの入所を希望する。									
兄弟姉妹2人以上で申込み場合は必ず記入してください。	【兄弟姉妹が同時に入所可能な場合】 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別園でも希望順位を優先する。 <input checked="" type="checkbox"/> 同園であれば希望順位が低い園でもよい。 <small>空きなかった場合 ※この欄は、入所できなかった場合の申請者への相談・支援に活用するためのもので、利用調整に一切影響しません。</small>									
	<input type="checkbox"/> 保育所等の変更を検討する。 <input checked="" type="checkbox"/> 今回希望した保育所等以外は希望しない。									
保育所等以外の施設の利用について <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (認可保育所以外は希望しない)										
<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 認定保育園 <input type="checkbox"/> おなかま保育室 <input type="checkbox"/> 勤務先の保育施設 <input type="checkbox"/> その他 () 施設名 ()										
<input type="checkbox"/> 保護者・親族等が保育する。(予定者:) <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く。 <input type="checkbox"/> 育休の継続・延長 (令和 年 月 日 (頃)まで) <input type="checkbox"/> その他 ()										
(3) 川崎市独自の保育施策 (川崎認定保育園・おなかま保育室) に関する情報提供について <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (※お子様の養育状況の確認等のために、お住まいの区役所・支所から連絡させていただくことがあります。)										
福祉事務所使用欄							受付	收受印		
							入力			
							確認			

同居している方が入所希望日時時点で65歳未満の場合は、就労証明書など保育を必要とすることを証明する書類の提出が必要です。
65歳以上の場合は、具体的な状況を記入してください(書類の提出は不要です)。

親族が半径1km以内に在住しているが保育が困難な場合は、具体的な状況を記入してください(書類の提出は不要です)。

「同時に入所できれば、兄弟姉妹別施設でもよい。」または「1人だけの入所でも希望する。」を選択する場合は、こちらも記入してください。

兄弟姉妹2人以上で申込み場合は必ず記入してください。