

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。

申請日 令和 年 月 日

児童	認定番号	(既に教育・保育給付認定を受けている場合)	認定日	令和 年 月 日	希望利用開始	令和 年 月 1 日
	フリガナ		性 別	☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日	令和 年 月 日
氏名						
父・その他	フリガナ		児童から見た続		個 人 番 号	
	氏名					
母・その他	フリガナ		児童から見た続		個 人 番 号	
	氏名					
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		見学済
	第1希望		☐	第5希望		☐
	第2希望		☐	第6希望		☐
	第3希望		☐	第7希望		☐
	第4希望		☐	第8希望		☐
幼稚園等との併願の予定	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 園名： () 幼稚園等に内定した場合					☐ 幼稚園等に通う。 ☐ 保育所等の結果を待つ。

保育状況	☐ 職場で保育している⇒ 令和 年 月 日から ☐ 自宅で保育している⇒ 保育者名 _____ 児童から見た続柄 _____ ☐ 次の預け先で保育している⇒ 令和 年 月 日から 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 ☐ その他 _____	
児童の状況	病歴・等 ☐ 無 ☐ 有⇒ 病名 () 令和 年 月 日から ☐ 通院 ☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 () 回 ☐ 入院歴 令和 年 月 日 ~ 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 ☐ 無 ☐ 有 ⇒ 施設名 () 令和 年 月 日から 月 回	
	アレルギーの状況 ☐ 無 ☐ 有⇒ ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ その他 () 除去の内容 ☐ 完全除去 ☐ 部分除去 ☐ 除去なし 医師の指導に基づいて ☐ いる ☐ いない 食物以外のアレルギー ()	
	投薬の状況 ☐ 無 ☐ 有⇒ 薬の名称 () ☐ 飲み薬 ☐ 塗り薬 ☐ その他 () 回/日 ※原則として、保育所等での投薬行為はできません。	
	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 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 () 夕 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()	

＜必ず裏面も記入してください。＞

父 方 祖 父 母 の 状 況	祖 父				祖 母					
	氏 名	(☐ 死亡 ☐ 不明)		年 齢	希望利用開始日時点	氏 名	(☐ 死亡 ☐ 不明)		年 齢	希望利用開始日時点
			歳				歳			
	住 所	☐ 同居 ☐ 別居 (1km以内) ☐ 別居 (1km超)			住 所	☐ 同居 ☐ 別居 (1km以内) ☐ 別居 (1km超)				
					(☐ 同左)					
	☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ その他 ()				☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ その他 ()					
就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 ☐ 週 ☐ 月 日 : ~ :				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 ☐ 週 ☐ 月 日 : ~ :						
病名 () 通院日数 ☐ 週 ☐ 月 日 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。)				病名 () 通院日数 ☐ 週 ☐ 月 日 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。)						
母 方 祖 父 母 の 状 況	祖 父				祖 母					
	氏 名	(☐ 死亡 ☐ 不明)		年 齢	希望利用開始日時点	氏 名	(☐ 死亡 ☐ 不明)		年 齢	希望利用開始日時点
			歳				歳			
	住 所	☐ 同居 ☐ 別居 (1km以内) ☐ 別居 (1km超)			住 所	☐ 同居 ☐ 別居 (1km以内) ☐ 別居 (1km超)				
					(☐ 同左)					
	☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ その他 ()				☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ その他 ()					
就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 ☐ 週 ☐ 月 日 : ~ :				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 ☐ 週 ☐ 月 日 : ~ :						
病名 () 通院日数 ☐ 週 ☐ 月 日 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。)				病名 () 通院日数 ☐ 週 ☐ 月 日 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。)						
そ の 他 の 同 居 者 の 状 況	氏 名			児童との 関係		年 齢	希望利用開始日時点	☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ その他 ()		
	就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 ☐ 週 ☐ 月 日 : ~ :				病名 () 通院日数 ☐ 週 ☐ 月 日 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。)					
兄 弟 姉 妹 2 人 以 上 で 申 込 む 場 合		☐ 同じ保育所等で同時期の入所のみを希望する。 (それ以外の入所しかできない場合、同じ施設に同時期に入所できるようになるまで待ちます。) ☐ 同時に入所できれば、兄弟姉妹別施設でもよい。 (1人だけの入所しかできない場合、同時入所できるようになるまで待ちます。) ☐ 1人だけの入所でも希望する。 【兄弟姉妹が同時に入所可能な場合】 ☐ 兄弟姉妹別園でも希望順位を優先する。 ☐ 同園であれば希望順位が低い園でもよい。								
入所希望日に入所できなかった場合 ※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。										
(1) 希望の変更 ☐ 希望する保育所等の変更を検討する。 ☐ 今回希望した保育所等以外は希望しない。 (2) 保育の予定 保育所等以外の施設の利用について ☐ 希望する ☐ 希望しない (認可保育所以外は希望しない) [☐ 幼稚園 ☐ 認定保育園 ☐ 勤務先の保育施設 ☐ その他 ()] 施設名 () ☐ 保護者・親族等が保育する。(予定者:) ☐ 職場に連れて行く。 ☐ 育休の継続・延長 (令和 年 月 日 (頃) まで) ☐ その他 () (3) 川崎市独自の保育施策 (川崎認定保育園) に関する情報提供について ☐ 希望する ☐ 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	収受印			
						入力				
						確認				