

転園届

次のとおり、保育所等の転園を希望します。
 なお、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 福祉事務所長		届出日	令和 年 月 日
児童	支給認定番号 (既に支給認定を受けている場合)	認定日	平成 令和 年 月 日
	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	フリガナ	生年月日	平成 令和 年 月 日
父・その他	氏名	児童から見た続柄	個人番号
母・その他	フリガナ	氏名	児童から見た続柄 個人番号
転園を希望する保育所等	保育所等の名称		見学済
	第1希望	<input type="checkbox"/>	第5希望
	第2希望	<input type="checkbox"/>	第6希望
	第3希望	<input type="checkbox"/>	第7希望
	第4希望	<input type="checkbox"/>	第8希望

保育状況	■ <u>保育所等に通園している</u> ⇒ 平成 令和 年 月 日から 施設名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ () _____ 保育時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ <input type="checkbox"/> その他 _____	
	病歴・持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名 (_____) 平成 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 (_____) 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 (_____)
児童の状況	発育	言葉や発育について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 施設名 (_____) 平成 令和 年 月 日から _____ 月 _____ 回
	アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input 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 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 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬の名称 (_____) <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 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。
健康状態	その他	保育所等の利用にあたり、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 type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	夕 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

<必ず裏面も記入してください。>

父方 祖母の 状況	祖父				祖母			
	氏名	(<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	希望利用開始日時点	氏名	(<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	希望利用開始日時点
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居(1km超)			住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居(1km超)		
						(<input type="checkbox"/> 同左)		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				<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 : ~ :				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>			
母方 祖母の 状況	祖父				祖母			
	氏名	(<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	希望利用開始日時点	氏名	(<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明)	年齢	希望利用開始日時点
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居(1km超)			住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居(1km超)		
						(<input type="checkbox"/> 同左)		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				<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 : ~ :				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>			
同居 その他 の 状況	氏名	児童との関係	年齢	希望利用開始日時点	<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 申込む場合		<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。) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別園でも希望順位を優先する。 <input type="checkbox"/> 同園であれば希望順位が低い園でもよい。						
福祉事務所使用欄					受付	取受印		
					入力			
					確認			