

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
 なお、申込みに
 することに同意し

※消せるボールペンは使用しないでください

事務所長が確認

(宛先) 川崎市 ○○ 福祉事務所長		申請日	令和 5 年 10 月 11 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	平成 年 月 日 令和
	フリガナ カワサキ エイミ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
氏名	川崎 栄美	生年月日	平成 4 年 6 月 1 日 令和
父・その他	フリガナ カワサキ フジオ	児童からの見続柄	父
氏名	川崎 富士男	個人数	*****
母・その他	フリガナ カワサキ キョウコ	児童からの見続柄	母
氏名	川崎 京子	個人数	*****
入所を希望する保育所等	保育所等の名称		見学済
	第1希望	○○○○保育園	<input checked="" type="checkbox"/>
	第2希望	□□□□保	<input type="checkbox"/>
	第3希望	△△△△保	<input type="checkbox"/>
	第4希望	××××保	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している⇒ 保育者 <input type="checkbox"/> 次の預け先で保育している⇒ 平成・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 <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 5 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・令和 年 月 日から 月 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 <input type="checkbox"/> ※原則として、保育所等での _____ 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 <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）に記入してください。
 ・利用希望開始時点で、お子さまが保育所等の受入可能月齢を満たしているか、確認してください。
 ・特に0歳児は、施設によって受入れ可能な月齢が異なりますので、注意してください。
 ・お子さまが、希望された施設の受入月齢・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。
 ・希望する保育所等を変更する場合は改めて手続きが必要です。

保育所等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがありましたら、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 <small>(□死亡 □不明)</small>	年齢	65 歳 <small>希望利用開始日時点</small>	氏名	川崎 幸子 <small>(□死亡 □不明)</small>	年齢	64 歳 <small>希望利用開始日時点</small>
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居-(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居-(1km超)			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居-(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居-(1km超)		
	就労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()			就労	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無職)		
	就労先 () 電話 044 (***) **** 勤務日数・時間 <input checked="" type="checkbox"/> 週 □ 月 5 日 8 : 00 ~ 17 : 00 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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>				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 □ 週 □ 月 日 : ~ : 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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 <small>(□死亡 □不明)</small>	年齢	82 歳 <small>希望利用開始日時点</small>	氏名	中原 丸子 <small>(□死亡 □不明)</small>	年齢	80 歳 <small>希望利用開始日時点</small>
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居-(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居-(1km超)			住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居-(1km以内) <input type="checkbox"/> 別居-(1km超)		
	就労	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無職)			就労	<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 □ 週 □ 月 日 : ~ : 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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>				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 □ 週 □ 月 日 : ~ : 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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 □ 週 □ 月 日 : ~ : 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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>				就労先 () 電話 () 勤務日数・時間 □ 週 □ 月 日 : ~ : 病名 () 通院日数 □ 週 □ 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 申し込む場合	<input type="checkbox"/> 同じ保育所等で同時期の入所のみ希望する。 <input checked="" type="checkbox"/> 同時に入所できれば、兄弟姉妹別園でも希望する。 <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 checked="" type="checkbox"/> 同園であれば希望順位が低い園でもよい。							
	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" 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。)							
	保育所等以外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								
福祉事務所使用欄						受付	収受印	
						入力		
						確認		

・ (同居かつ入所希望日時点で65歳以上の場合) 具体的な状況を記入してください。

・ (同居かつ入所希望日時点で65歳未満の場合) 具体的な状況の記入及び就労証明書など「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。

「同時に入所できれば、兄弟姉妹別施設でもよい。」又は「1人だけの入所でも希望する。」を選択する場合は、こちらにも記入 (チェック) してください。

兄弟姉妹2人以上で申し込む場合は必ず記入してください。