

保育所等利用（変更）申込書兼児童台帳

記入例

次のとおり、保育所等利用（変更）申込書兼児童台帳に記入し、なお、申込みに当り、保育所長が確認することに同意します。

※消せるボールペンは使用しないでください

保育所長が確認

(宛先) 川崎市		〇〇	福祉事務所長		申請日	令和 6 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 令和	年	月 日			
	フリガナ	カワサキ エイミ		性別	☐ 男 ☒ 女	希望利用開始日	令和 7 年 4 月 1 日			
	氏名	川崎 栄美				生年月日	平成 5 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	個 人 号	*****		
氏名	川崎 富士男		個 人 号	*****						
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	個 人 号	*****			
氏名	川崎 京子		個 人 号			*****				
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	〇〇〇〇保育園			☒	第5希望	◇◇◇◇保育園			☒
	第2希望	□□□□保								
	第3希望	△△△△								
	第4希望	××××								
幼稚園等との併願の予定		☒ 無 ☐ 有 ⇒ 園名								
保育 状 況	☐ 職場で保育している⇒									
	☒ 自宅で保育している⇒ 保育所									
	☐ 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										
☐ その他										
児 童 の 状 況	病 歴 ・ 持 病 等	☐ 無 ☒ 有⇒ 病名 (小児ぜんそく) 平成・令和 6 年 9 月 1 日から								
		☒ 通院 ☐ 週 ☒ 月 ☐ 年 (1) 回 ☐ 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 ☒ 無 ☐ 有 ⇒ 施設名 () 平成・令和 年 月 日から 月 日 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 ☐ ※原則として、保育所等での投薬はできません。								
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 ()				

・ 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 (☐ 死亡 ☐ 不明)	年齢	65 歳 希望利用開始日時点	氏名	川崎 幸子 (☐ 死亡 ☐ 不明)	年齢	64 歳 希望利用開始日時点
	住所	☒ 同居 ☐ 別居(1km以内) ☐ 別居(1km超) 川崎市多摩区登戸●●●●●-□□			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 (無職)			
	就労先 (矢上工業株式会社) 電話 044 (***) **** 勤務日数・時間 ☒ 週 ☐ 月 5 日 8 : 00 ~ 17				(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。			
母方 祖母の 状況	祖父				祖母			
	氏名	中原 新吉 (☐ 死亡 ☐ 不明)	年齢	82 歳 希望利用開始日時点	氏名	中原 丸子 (☐ 死亡 ☐ 不明)	年齢	80 歳 希望利用開始日時点
	住所	☐ 同居 ☒ 別居(1km以内) ☐ 別居(1km超) 川崎市多摩区宿河原○-△-□			住所	☐ 同居 ☒ 別居(1km以内) ☐ 別居(1km超) (☒ 同左)		
	☐ 就労 ☐ 疾病 ☒ その他 (無職)				☐ 就労 ☐ 疾病 ☒ 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 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。)				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。)			
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 歳	☐ 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希望する。 (それ以外の入所しかできない場合) ☒ 同時に入所できれば、兄弟姉妹別 (1人だけの入所しかできない場合) ☐ 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。 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。							
保育所等以外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 ☐ おなかま保育室 ☐ 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・おなかま保育室)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。)								
福祉事務所用欄						受付	收受印	
						入力		
						確認		