

保育施設等の利用申込（1 / 4）

作成年月日		年 月 日		提出先		会津坂下町長	
申請者 (保護者)	フリガナ			性別	□男 □女	続柄	生年月日
	氏名／名前						
	自宅の電話番号			連絡先番号 1	()	連絡先番号 2	()
	住所						
	前住所あるいは 転居予定先	□有 □無	〒		転居（予定） 年月日		
フリガナ			性別	□男	生年月日	健康保険における扶養者	
子どもの氏名／名前				□女			
利用を希望する期間	令和 年 月 日		から	□幼稚園入園前まで □その他			まで
		その他を選択した場合					
第1希望	第2希望	第3希望		第4希望	第5希望		
利用を希望する時間	(平日) 時 分～ 時 分		(土曜) 時 分～ 時 分				
同時に申込み きょうだいはいますか	はい いいえ	同時に申込み きょうだいの人数					
世帯員氏名／名前		続柄	性別	生年月日	職業（勤め先）・学校等		備考
申請者			男 女	年 月 日			
配偶者			男 女	年 月 日			
			男 女	年 月 日			
			男 女	年 月 日			
			男 女	年 月 日			
			男 女	年 月 日			
同居していない祖父母		□有（□父方祖父 □父方祖母 □母方祖父 □母方祖母） □無					
保育を必要とする理由	父	□就労 □疾病・障がい □介護・看護 □災害復旧 □求職活動・内定 □就学 □その他（ ）					
	母	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護・看護 □災害復旧 □求職活動・内定 □就学 □その他（ ）					
保育の必要量	□保育標準時間 □保育短時間		母子・父子世帯の適用		□有 □無		
生活保護の適用	□有 □無	有の場合 福祉事務所	有の場合 担当者		申請中の場合 申請年月日		
祖父母の状況	続柄		氏名／名前	住所		年齢	就労状況（勤務先）
	父方	祖父				Tel	
		祖母				Tel	
	母方	祖父				Tel	
		祖母				Tel	

保育施設等の利用申込（2 / 4）

就労	父親の状況				母親の状況			
状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> その他（ ）				<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
勤務先								
就労開始日	年 月 日				年 月 日			
勤務先住所								
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> その他（ ）				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	雇用主との親族関係		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		雇用主との親族関係		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
勤務時間	勤務曜日	月 火 水 木 金 土 日			勤務曜日	月 火 水 木 金 土 日		
	1週間あたりの勤務日数			日	1週間あたりの勤務日数			日
	時 分～ 時 分（1日 時間 分）				時 分～ 時 分（1日 時間 分）			
通勤時間	自宅→第1希望		時間 分		自宅→第1希望		時間 分	
	第1希望→職場		時間 分		第1希望→職場		時間 分	
	自宅→職場		時間 分		自宅→職場		時間 分	
通勤方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車				<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車			
休職中の場合	休職理由	<input type="checkbox"/> 育休中	その他の場合		休職理由	<input type="checkbox"/> 育休中	その他の場合	
	終了日	年 月 日			終了日	年 月 日		
	育児休業の延長を希望しますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	育児休業の延長を希望しますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

妊娠・出産

	母親の状況
出産予定日	年 月 日
産休後の予定	<input type="checkbox"/> 育休取得 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）

疾病・障害

疾病・障害	父親の状況				母親の状況			
疾病・障害名								
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳種類		等級	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳種類		等級
状況								
入院・通院期間	年 月 日～ 年 月 日				年 月 日～ 年 月 日			
通院日数	1週間あたり 日				1週間あたり 日			

介護・看護	父親の状況	母親の状況
被介護者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
児童との続柄		
被介護者の住所		
疾病・障害名		
要介護 要支援認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 手帳 <input type="checkbox"/> 無 種類	<input type="checkbox"/> 有 手帳 <input type="checkbox"/> 無 種類
介護内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添	<input type="checkbox"/> 自宅介護 <input type="checkbox"/> 通院付添 <input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 施設通所付添

就学・職業訓練	父親の状況	母親の状況
学校名		
所在地	〒	〒
学年	年制 年次 在学中	年制 年次 在学中
就学期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
通学日数	週 日 (1日平均 時間 分)	週 日 (1日平均 時間 分)

その他	父親の状況	母親の状況
災害復旧	震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	震災・風水害・火災その他の災害の復旧にあたっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
求職活動	求職活動中または起業準備中ですか <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備中	求職活動中または起業準備中ですか <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 起業準備中
その他の事由		

保育施設等の利用申込（3 / 4）

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く <input type="checkbox"/> 親族・知人宅で見ている <input type="checkbox"/> 保育施設等 <input type="checkbox"/> その他			
自宅で見ている場合	保育者	父 母 祖父 祖母 親族 知人	親族・知人氏名	
職場に連れて行く場合	保育者	父 母 祖父 祖母 親族 知人	親族・知人氏名	
親族・知人宅で見ている場合	親族・知人氏名		続柄	
	住所	〒		
保育施設等を利用している場合	施設名		施設の認可の有無	<input type="checkbox"/> 認可 <input type="checkbox"/> 認可外
その他の場合				
当てはまるものを選択	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 再入園 <input type="checkbox"/> 転所・転園 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 単身赴任			

再入園（申込きょうだいの育児休業のために、認可保育所等を退園した場合）

育休対象児童		(申込児童との続柄)	
在園期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

転所・転園

転所理由	
------	--

ひとり親世帯

理由	<input type="checkbox"/> 離婚	離婚の年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 死別	死別の年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 別居	別居の年月日	年 月 日	

単身赴任

赴任者		児童との続柄	
赴任先	赴任先での勤務先名	赴任先の住所	
赴任予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		赴任終了時期 <input type="checkbox"/> 未定

きょうだいの状況

当てはまるものを選択	<input type="checkbox"/> きょうだいと同時に申込みをする <input type="checkbox"/> すでにきょうだいが保育所等に入園している <input type="checkbox"/> 保育所等に入園していない小学校就学前児童がいる					
きょうだいが同時に申し込む場合	<input type="checkbox"/> 同じ保育所を希望		別の保育所の場合			
	<input type="checkbox"/> 別の保育所を希望		きょうだいの第1希望施設名			
すでにきょうだいが保育所等に入園している場合	氏名		申込児童との続柄		施設名	
	氏名		申込児童との続柄		施設名	
保育所等に入園していない小学校就学前の児童がいる場合	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		現在の保育状況				

保育施設等の利用申込（4 / 4）

フリガナ		性別	□男 □女
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
記入者（続柄）	()	記入日	年 月 日

0 歳児	<input type="checkbox"/> ひとりで座っていることができる <input type="checkbox"/> 人に向かって、「アアア」「ウーウー」などいろいろな声を出す		
1 歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ち、ひとり歩きをする <input type="checkbox"/> 手を出して、ものをつかむ <input type="checkbox"/> 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う <input type="checkbox"/> 身の回りの大人や子どもに関心を示す <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く		
2 歳児	<input type="checkbox"/> 転ばずにひとりで歩く <input type="checkbox"/> 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに答える（「これなあに？」「ワンワン」など） <input type="checkbox"/> 子どものそばに寄っていたり、一緒に遊んだりするのを喜ぶ <input type="checkbox"/> 禁止（だめ）がわかり、やめる		
3 歳児以上	食事の様子	詳細)	
	衣類の着脱	詳細)	
	用便	詳細)	
	ことば	詳細)	
	友だち	詳細)	
乳幼児健診を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	受診した健康診査 <input type="checkbox"/> 4 か月児 <input type="checkbox"/> 10 か月児 <input type="checkbox"/> 1 歳6 か月児 <input type="checkbox"/> 2 歳6 か月児 <input type="checkbox"/> 3 歳6 か月児	
そのとき何か指導がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	指導内容 詳細)	
自治体期間に相談したことや、大きな病気やひきつけなどを起こして病院に相談したことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	相談先 自治体機関名 その他の病院名	
	受診科		頻度
	受診内容		
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	障害者手帳は持っていますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類 身体障害者手帳 療育手帳
アトピーやアレルギーなどがありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	該当するアレルギー <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎	
アトピーやアレルギーの場合の除去食の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	エピペン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと			