

記入例

令和6年度用

保育所等利用（変更）申込書

(2) 既に教育・保育給付認定を受けている場合のみ、市が発行した支給認定証の内容を転記してください。

次のとおり、保育所等の利用を申し込みます。

亀山市福祉事務所長 様

| | | | |
|-------------------------------|--|---------------|---|
| 支給認定証番号 (既に教育・保育給付認定を受けている場合) | (2) 000000 | 申請日 | (1) 令和5年 月 16日 |
| 氏名 | かめやま たろう 亀山 太郎 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | | 希望利用開始日 | (5) 令和6年 4月 1日 |
| 続柄 | 父 | 希望利用開始日 | (5) 令和6年 4月 1日 |
| 住所 | かめやま いちろう 亀山 一郎 (4) 亀山市羽若町545 | 連絡先 | ① (090) 0000 - 0000 ② (080) 0000 - 0000 |
| 保育所等の名称 | 見学済 | 保育所等の名称 | 見学済 |
| 〇〇保育園 | <input checked="" type="checkbox"/> | 第5希望 | <input type="checkbox"/> |
| 〇〇認定子ども園 | (6) <input type="checkbox"/> | 第6希望 | <input type="checkbox"/> |
| 〇〇保育園 | <input type="checkbox"/> | 第7希望 | <input type="checkbox"/> |
| 〇〇保育園 | <input type="checkbox"/> | 第8希望 | <input type="checkbox"/> |
| 幼稚園等との併願の予定 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (7) ⇒ | 園名: (〇〇幼稚園) | 幼稚園に内定した場合 <input checked="" type="checkbox"/> 幼稚園に通う <input type="checkbox"/> 保育所等の結果を待つ |

(4) 記入後は誤字、脱字が無いよう再確認し、住所はアパート名から部屋番号まで正しく記入してください。また、住所については、現住所を記入してください。

市からの通知は申込書の住所へ送付いたしますので、送付を希望する住所が申込書の住所と異なる場合は提出する際にお伝えください。

なお、市外から転入される方で、引越先が決まっている場合は、別に用意された確約書に新しい住所を記入してください。

(6) 必ずしも第8希望まで記入する必要はありません。必ず通うことのできる範囲でご記入ください。

(7) 幼稚園等との併願の予定がある場合は必ずご記入ください。

| 父 | | | | 母 | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 氏名 | 亀山 一郎 | 年齢 | 30 歳 | 氏名 | 亀山 花子 | 年齢 | 30 歳 |
| 希望利用開始日時点 | | 希望利用開始日時点 | 30 歳 | 希望利用開始日時点 | | 希望利用開始日時点 | 30 歳 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 同居 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 | |
| <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の住所 | <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の住所 | <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の住所 | <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の住所 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい | <input type="checkbox"/> 介護等 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・障がい | <input type="checkbox"/> 介護等 |
| <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職中 | <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職中 | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 就労先(亀山市役所) | | 就労先() | | 就労先() | | 就労先() | |
| 電話 0595 (82) 1111 | | 電話 () | | 電話 () | | 電話 () | |
| 勤務日数・時間 (8) | | 勤務日数・時間 (8) | | 勤務日数・時間 | | 勤務日数・時間 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 5 日 8:30 ~ 17:15 | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | |
| 病名() | | 病名(〇〇骨折) | | 病名() | | 病名() | |
| 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | | 通院日数 <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 3 日 | | 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | | 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | |
| 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | |
| 氏名 | 亀山 一夫 | 年齢 | 65 歳 | 氏名 | 亀山 愛子 | 年齢 | 5 歳 |
| 希望利用開始日時点 | | 希望利用開始日時点 | 65 歳 | 希望利用開始日時点 | | 希望利用開始日時点 | 5 歳 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい | <input type="checkbox"/> 介護等 | <input type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい | <input type="checkbox"/> 介護等 |
| <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職中 | <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 求職中 | <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇幼稚園) | |
| 就労先(〇〇株式会社) | | 就労先() | | 就労先() | | 就労先() | |
| 電話 0595 (00) 0000 | | 電話 () | | 電話 () | | 電話 () | |
| 勤務日数・時間 (9) | | 勤務日数・時間 (9) | | 勤務日数・時間 | | 勤務日数・時間 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 3 日 9:00 ~ 16:00 | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ : | |
| 病名() | | 病名() | | 病名() | | 病名() | |
| 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | | 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | | 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | | 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 | |
| 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | | 具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。) | |

(8) 父母の状況を、保育の必要性とあわせてご記入ください。

(9) その他の同居者の状況について、(8)と同様にご記入ください。

(必ず裏面も記入してください。)

| | |
|------------------------------------|--|
| 保育状況 | <input type="checkbox"/> 職場でみている ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日から |
| | <input type="checkbox"/> 自宅でみている ⇒ 保育者名 _____ 児童から見た続柄 _____ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 次のところに預けている ⇒ _____ 令和 4 年 4 月 1 日から |
| | 氏名又は施設名 _____ ○○保育園 (10) |
| | 住所又は所在地 _____ 亀山市○○町000 電話番号 _____ 0595 (00) 0001 |
| | 保育時間 _____ 8:00 ~ 16:15 保育料月額 _____ 0 円 |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | |

(10) 該当する欄にチェックし、その詳細をご記入ください。

| | | |
|--|--|--|
| 児童の状況 | 病歴・持病等 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名(○○) _____ 令和 2 年 9 月 1 日から |
| | 日常的な医療行為の必要性 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療行為の内容(○○) _____ |
| | 発育 | 乳幼児健診の際に医師または保健師等から心身の発達等についての助言の有無 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 4か月児検診・10か月児検診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 <input type="checkbox"/> その他(のびのび教室・発達相談等) 内容((11)) _____ |
| | アレルギーの状態 | 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(_____) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日 回 | | |
| 投薬の状況 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <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 checked="" 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(○○) _____ 症状 (_____) _____ エビペンの使用について <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬の名称(○○) _____ <input checked="" 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。 | |
| 送迎予定者 | 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。 | |

(11) 該当する欄にチェックし、その詳細をご記入ください。

(12) 該当する欄にチェックしてください。

| | | | | |
|-------|---|---|---|--|
| 送迎予定者 | 朝 | <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他((12)) | 夕 | <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(_____) |
|-------|---|---|---|--|

| | |
|-----------------|---|
| きょうだい2人以上で申込む場合 | <input checked="" type="checkbox"/> 同じ保育所等で同時期の入所のみを希望する(それ以外の入所は希望しない。) |
| | <input type="checkbox"/> 同時に入所できれば、きょうだい別施設でもよい(1人だけの入所は希望しない。) |
| | <input type="checkbox"/> 1人だけの入所でも希望する。 |
| | <input type="checkbox"/> その他(きょうだいの組み合わせ等について詳細に記入してください。 ((13)) _____ |

(13) きょうだい2人以上で申込む場合は必ずチェックしてください。