

保育所等利用(変更)申込書

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

		申請日	年	月	日	
児童	支給認定証番号 <small>(既に教育・保育給付認定を受けている場合)</small>	認定日	年	月	日	
	ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日			
氏名	年		月	日		
保護者	ふりがな	続柄	希望利用開始日			
	氏名		年	月	日	
	住所	連絡先	① () -			
			② () -			
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		<input type="checkbox"/>	第5希望		<input type="checkbox"/>
	第2希望		<input type="checkbox"/>	第6希望		<input type="checkbox"/>
	第3希望		<input type="checkbox"/>	第7希望		<input type="checkbox"/>
	第4希望		<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 type="checkbox"/> 有 ⇒ 園名: ()		幼稚園に内定した場合		<input type="checkbox"/> 幼稚園に通う <input type="checkbox"/> 保育所等の結果を待つ	

父母の状況	父				母			
	氏名	年齢	希望利用開始日時 歳	希望利用開始日時 歳	氏名	年齢	希望利用開始日時 歳	希望利用開始日時 歳
	<input type="checkbox"/> 同居				<input 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"/> 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"/> 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()			
	就労先() 電話 ()				就労先() 電話 ()			
	勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				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・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・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	年齢	希望利用開始日時 歳	<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()
	就労先() 電話 ()			病名()
	勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :			通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>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。)</small>
	氏名	年齢	希望利用開始日時 歳	<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()
	就労先() 電話 ()			病名()
	勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :			通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>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。)</small>
	氏名	年齢	希望利用開始日時 歳	<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()
	就労先() 電話 ()			病名()
	勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :			通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>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。)</small>

<必ず裏面も記入してください。>

児童の状況	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 type="checkbox"/> 次のところに預けている ⇒ _____ 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 _____			
	病歴・持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名(_____) _____ 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 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 その後の経過(_____)		
	日常的な医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input 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 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(_____)			
	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(_____) _____ 年 月 日から _____ 月 日 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 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(_____) 症状 (_____)			
	エピペンの使用について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
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。			
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(_____)

きょうだい2人以上で申込み場合	<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。) (_____)
-----------------	--