

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	(既に教育・保育給付認定を受けている場合)			認定日	年 月 日
	ふりがな		性別	☐ 男	生年月日	年 月 日
	氏名			☐ 女		
保護者	ふりがな		続柄		希望利用開始日	年 月 日
	氏名					
	住所		連絡先	① () ー ② () ー		
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		☐	第5希望		☐
	第2希望		☐	第6希望		☐
	第3希望		☐	第7希望		☐
	第4希望		☐	第8希望		☐
幼稚園等との併願の予定	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 園名： () 幼稚園に内定した場合 ☐ 幼稚園に通う ☐ 保育所等の結果を待つ					

父母の状況	父			母		
	氏名	年齢	希望利用開始日時点 歳	氏名	年齢	希望利用開始日時点 歳
	☐ 同居			☐ 同居		
	☐ 別居	別居の住所		☐ 別居	別居の住所	
	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職中 ☐ その他()			☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職中 ☐ その他()		
その他の同居者の状況	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・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・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	年齢	希望利用開始日時点 歳	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職中 ☐ 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・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	年齢	希望利用開始日時点 歳	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職中 ☐ 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・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	年齢	希望利用開始日時点 歳	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職中 ☐ 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・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)		

(必ず裏面も記入してください。)

児童の状況	健康状態	保育状況		☐ 職場でみている ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ ☐ 自宅でみている ⇒ 保育者名 _____ 児童から見た続柄 _____ ☐ 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 ☐ その他 _____
		病歴・持病等	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 病名 (_____) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____	
			☐ 通院 ☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 () 回 ☐ 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	☐ 無 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 4 か月児検診・10 か月児検診 ☐ 1 歳 6 か月児検診 ☐ 3 歳児検診 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 ⇒ 施設名 (_____) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日 回	
		アレルギーの状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ 小麦粉 ☐ 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 (_____) 症状 (_____) エピペンの使用について ☐ 無 ☐ 有	
		投薬の状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 薬の名称 (_____) ☐ 飲み薬 ☐ 塗り薬 ☐ 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	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 (_____)

きょうだい 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を希望する (それ以外の入所は希望しない。)。 ☐ 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。)。 ☐ 1 人だけの入所でも希望する。 ☐ 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。) (_____)
-------------------	---