

ひよこプリスクール入園・継続申込書

(あて先) ひよこプリスクール園長

令和 年 月 日

児童福祉法、子ども・子育て支援法に基づく認定こども園への利用について、次のとおり申し込みます。教育・保育の提供又は保育料の算定のために必要がある場合、園が保有する個人情報を利用すること、園が勤務先に対し勤務内容等について職権調査すること並びにこの申込書の内容及び家庭状況の情報を提供することに同意します。

確認

申込者(保護者) _____ (印)

保育の提供を希望する期間		年 月 日から 年 月 日まで					
現住所		高崎市					
年 月 日の住所が現住所と異なる場合のみ記入してください。(現住所への居住: 年 月 から)							
電話番号		自宅 _____		緊急連絡先		() _____ 場所	
区分	続柄	フリガナ 氏 名		性別	利用月 満年齢	生年月日	会社 職種 学校等
申込 児童	本人			男 ・ 女		・ ・	
保護者				男 ・ 女		・ ・	
申込児童の 同居家族 (祖父母も 含む)				男 ・ 女		・ ・	
				男 ・ 女		・ ・	
				男 ・ 女		・ ・	
				男 ・ 女		・ ・	
				男 ・ 女		・ ・	
志望理由				申込児童は何人兄弟(姉妹)の何番目のお子様ですか。 _____人兄弟(姉妹)の_____番目 <u>その他特記事項</u>			
必要 保育 時間	平日 (: ~ :) 土曜日 1 必要なし 2 第(1・2・3・4・5・毎)週必要 (: ~ :)			送迎方法		送迎する人	
申込児童の現況 (□にレ点をつけてください。)		<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 父又は母が仕事をしながら保育 <input type="checkbox"/> 職場の託児施設で保育		<input type="checkbox"/> 母が産休・父又は母が育休中で自宅で保育 <input type="checkbox"/> 父方の祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 母方の祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 親類・知人が保育 <input type="checkbox"/> その他()			
就学前の兄弟姉妹の現況 (□にレ点をつけてください。)		<input type="checkbox"/> _____施設に在所(園)中 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 家庭で保育		<input type="checkbox"/> _____施設に申込中 <input type="checkbox"/> その他()			

職 業 及 び そ の 状 況	父親の状況	母親の状況
	自営・農業・常勤・パート・内職・自営手伝・求職中・その他 勤務先等 所在地： 事業所名： 代表者名： 電話番号：	専業主婦・自営・農業・常勤・パート・内職・求職中・その他 勤務先等 所在地： 事業所名： 代表者名： 電話番号：
仕事内容(農業の場合は、耕作物、作付面積等を記入する。) () (自営・農業)従事形態(中心者・協力者) 従業員・従事者 人(本人を含む。) (学生等) 学校名() 就学時間(~)	仕事内容(農業の場合は、耕作物、作付面積等を記入する。) () (自営・農業)従事形態(中心者・協力者) 従業員・従事者 人(本人を含む。) (学生等) 学校名() 就学時間(~)	
就労開始年月日	年 月 日から就労	就労開始年月日 年 月 日から就労
疾病・介護	<input type="checkbox"/> 疾病・介護の別： 1 疾病 2 介護 <input type="checkbox"/> 傷病人名： 児童との続柄() <input type="checkbox"/> 傷病名： <input type="checkbox"/> 身障(療育)手帳： 級、No. <input type="checkbox"/> 介護状況(毎日・月15日以上・月15日未満)	<input type="checkbox"/> 治療・介護方法： 入院・通院(月日数 日) 自宅療養・寝たきり・その他 <input type="checkbox"/> 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 不明 : 1日平均 時間 <input type="checkbox"/> 他の介護者()
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 出産(予定日)日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 母子手帳No.	<input type="checkbox"/> 復職予定： 有・無 1 年 月 日から (産休 育休) 明け復職する。 2 新たに就職する。
生活保護の状況	・適用なし	・適用あり(年 月 日保護開始)

◎児童と父又は母の住所が異なる場合や生活が別の場合、その状況を記入してください。

死別・離婚・行方不明・単身赴任・未婚・その他(別居の理由：)					
上記の状況となった年月日：	年 月 日	相手方氏名		住所	
別居等の場合は、税法上で、お子様はどなたの扶養(源泉徴収票・確定申告書等の税書類中の扶養)か○を付けてください。 1 父 2 母 3 祖父母 4 その他()				児童扶養手当の受給 有・無・申請中 (年 月 日から)	

◎祖父母の状況(申込児童と同居の場合は、住所の記載は不要です。)

	氏名	年齢	生年月日	住所	就労の有無
父方	祖父		年 月 日		有・無
	祖母		年 月 日		有・無
母方	祖父		年 月 日		有・無
	祖母		年 月 日		有・無

利用児童の健康状態

1 集団保育を受けるにあたり、お子さんの発育や発達について気になることがあれば記入してください。

ある

ない

[]

2 今まで、医療機関より経過を見るよう伝えられていたり、治療を受けていたりする病気等があれば記入してください。

ある

ない

[]

3 アレルギー等、体質的な面で事前に施設に伝えておきたいことがあれば記入してください。

ある

ない

[]

4 上記のほかに、気になることがある場合は記入してください。

[]

施設記載欄