

(第1号様式)

入所申込書(新規・継続)

平成 年 月 日

中種子町長 田淵川 寿広 殿

保育所等への入所につき次のとおり申し込みます。

保護者住所 中種子町

番地

また、保育料算定に必要な市町村民税等の情報(世帯員を含む)

氏名

印

世帯情報及び各種制度受給状況等を閲覧することに同意します。

電話

— —

入所児童	氏名	生年月日	性別	備考
	(ふりがな)	平成 年 月 日生	男・女	
入所を希望する事業所名	第1希望 (希望する理由)			
	第2希望 (希望する理由)			
保育の実施を希望する期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		

○入所児童の家庭の状況

区分	氏名	入所児童との続柄	生年月日	勤務先・学校・保育所等	課税の有無			備考
					前年度分市町村民税	前年分所得額	前年度分固定資産税	
入所児童の世帯員			・	・	有・無	有・無	有・無	
			・	・	有・無	有・無	有・無	
			・	・	有・無	有・無	有・無	
			・	・	有・無	有・無	有・無	
			・	・	有・無	有・無	有・無	
生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (平成 年 月 日 保護開始)						
ひとり親世帯		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()						
障害者世帯		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害者基礎年金						

○町内居住の祖父母の状況

祖父母の状況	続柄	氏名	年齢	就労	健康	住所	連絡先
			歳	就・否	良・否		—
			歳	就・否	良・否		—
			歳	就・否	良・否		—

※市町村記載	入所の承諾	保育の実施の要否	保育の実施期間	保育の必要性基準の番号
		要・否 (理由)	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	両親等: (), (), ()
		平成 年 月 日承諾	入所保育所	
			備考	

○保護者の状況

続柄		※該当箇所に記入またはチェック	
就 労	<input type="checkbox"/> 家庭外	勤務先名	
	<input type="checkbox"/> 家庭内	連絡先	
	自営業	事業所名	
		連絡先	
農畜産 林業等	経営営農		
	畑 () a, 田 () a, 家畜 () 頭		
就 労 以 外	疾 病	疾病名	
		通院	週 日間
		通院	平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
	障 害	障害名	
		<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神()級	
	介 護 等	該当家族名	
		通院	週 日間
		通院	平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
		介護等状況	
	災害復旧	状 況	
求 職 等	状 況		
就 学	学校名		
	就学時間	午前 時 分～午後 時 分	
	在学期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	

続柄		※該当箇所に記入またはチェック	
就 労	<input type="checkbox"/> 家庭外	勤務先名	
	<input type="checkbox"/> 家庭内	連絡先	
	自営業	事業所名	
		連絡先	
農畜産 林業等	経営営農		
	畑 () a, 田 () a, 家畜 () 頭		
就 労 以 外	疾 病	疾病名	
		通院	週 日間
		通院	平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
	障 害	障害名	
		<input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神()級	
	介 護 等	該当家族名	
		通院	週 日間
		通院	平成 年 月 日～平成 年 月 日予定
		介護等状況	
	災害復旧	状 況	
求 職 等	状 況		
就 学	学校名		
	就学時間	午前 時 分～午後 時 分	
	在学期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	

○児童の状況

入 所 児 童	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳)		
	発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	発作等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	除去食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()
	主な病歴	病名	時期	平成 年 月頃 経過 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
	その他特記事項			
	現在の保育状況 ※新規申込児童のみ	<input type="checkbox"/> 親族がみている (<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ())		
		<input type="checkbox"/> 知人に預けている 氏名 ()		
		<input type="checkbox"/> 幼稚園, 保育所等に預けている (事業所名)		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
通園方法	主な送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	緊急連絡先	(携帯)		
	送迎の方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	通園距離	片道 約 km		
自宅地図 (目安になる物を中心に簡単に)				