

様式及び記入例

保育施設入所申込確認票

令和 8 年度 保育施設入所申込確認票
 児童氏名 **印西 丸男** (令和 4 年 12 月 18 日生)

全ての方が必要な書類書類 (※申込児童ごとに用意してください。)	
<input checked="" type="checkbox"/>	施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書 [指定様式] ※すでに認定されている場合は、提出不要
<input checked="" type="checkbox"/>	保育所等利用申込書 [指定様式]
<input checked="" type="checkbox"/>	申込児童の健康状況調書 [指定様式]
<input checked="" type="checkbox"/>	直近の健診票又は、母子手帳の健康状況がわかるページの写し (例: 3~4か月健診、1歳半健診)

【すでに認定されている方】は、現在の認定内容を記入してください。また、認定内容や申込内容が今までと変更になる際には、認定を変更するための手続きが必要です。

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書を提出しない方は、ご自身の認定内容を今一度確認し、現在認定されている保育必要事由と保育必要量に○をしてください。現在の認定が入園時の認定となります。	
保育必要事由	続柄 就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護・看護等 求職活動 就学 育児休業
保育必要量	続柄 就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護・看護等 求職活動 就学 育児休業
保育必要量	保育標準時間 保育短時間

同じ住所にいる祖父母や同居人も記載してください。高校生以上 65 歳未満の場合、保育を必要とする事由を確認するための書類の提出が必要です。

世帯の状況を記入し、保育を必要とする事由を確認するための書類を提出する者に☑してください。				
	氏名	続柄	生年月日	職業又は学校
<input checked="" type="checkbox"/>	印西 太郎	父	平成 2 年 4 月 24 日生	会社員
<input checked="" type="checkbox"/>	印西 花子	母	平成 4 年 6 月 6 日生	会社員
<input type="checkbox"/>	印西 丸子	妹	令和 6 年 11 月 7 日生	
<input type="checkbox"/>			年 月 日生	
<input type="checkbox"/>			年 月 日生	
<input type="checkbox"/>			年 月 日生	

保育を必要とする事由を確認するための資料で提出するものに☑してください。(保護者や同居する親族等が申請するもの) (※申込児童ごとに用意してください。申込児童が複数の場合は、いずれかにコピーを添付してもよい)		
<input checked="" type="checkbox"/>	就労	就労証明書 [指定様式]
<input checked="" type="checkbox"/>	妊娠・出産	母子手帳の写し (母の名前、及び出産予定日が記載されているページ)
<input type="checkbox"/>	疾病・障害	医師の診断書① [指定様式] 又は障害者手帳の写し
<input type="checkbox"/>	介護・看護等	医師の診断書② [指定様式] 及びご家族の状況についての申立書
<input type="checkbox"/>	求職活動	求職活動申告書 [指定様式]
<input type="checkbox"/>	就学	在学証明書・カリキュラム (時間割) の写し
<input type="checkbox"/>	育児休業	就労証明書 [指定様式] ※新規入園で選択することはできません。

父母で認定内容が異なる場合は、それぞれに☑してください。

該当する場合に必要な書類 (※申込児童ごとに用意してください。)	
<input type="checkbox"/>	転入予定として申し込む場合 (入園する月の前の月の月末までに市民課等で印西市に住民登録を行い、さらに保育幼稚園課にて転入の手続きを行うこと) 転入手続きに関する同意書 転入先住所の確認できる書類 市町村民税所得割額のわかる書類
<input type="checkbox"/>	転入前の市区町村で保育所等を利用している場合 在園証明書
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭の場合 戸籍謄本 (写し可)
<input type="checkbox"/>	保育士として就労する場合 保育士証 (写し)
<input type="checkbox"/>	認可外保育施設の利用を常態とする児童が申し込む場合 利用契約書 (写し)
<input type="checkbox"/>	自営業主として就労の場合 確定申告書 (写し) (1 年目のみ開業届可)
<input type="checkbox"/>	生活保護法による非保護世帯 生活保護受給証 (写し)

該当する場合のみ、記載してください。

各項目を確認し、☑してください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	申込、利用に当たっては「保育園利用のご案内」の記載内容を順守していただきます。また、虚偽の申込みをした場合は、利用内定及び決定 (承諾) を取り消します。
<input checked="" type="checkbox"/>	希望施設の重要事項説明書を必ずご確認ください。また、大切なお子様が悪過す施設となりますので、遠方にお住まい等の特別な事情により見学が困難な場合を除き、原則希望施設の見学を行ってください。
<input checked="" type="checkbox"/>	提出書類は、返却しませんので、必要な方はあらかじめ申請書類をコピーしてください。

全て確認してください。

保育施設入所申込確認票（裏面）

<input checked="" type="checkbox"/>	審査において確認が必要な場合、職場やご家庭に電話や訪問して調査することがあります。
<input checked="" type="checkbox"/>	利用調整は、締切日時点の家庭の状況を点数化し行いますが、入園時と同じ状況でなければなりません。申込み後、ご家庭の状況（就労状況等）に変更があった場合は必ずご連絡ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	利用希望月に入園できなかった場合、利用調整は年度内に限り継続して行います。翌年度（4月以降）の利用を引き続き希望する場合は再度申込みください。※申込み書類が提出されない場合は、申込みを続ける意思がないものとして取扱います。
<input checked="" type="checkbox"/>	利用の意思がなくなった場合は、速やかに申込みを取り下げてください。申込みを取り下げた場合や利用を辞退した場合、それまでの利用保留期間はなくなり、次回申込みをした際には、新規の申込みと同様の扱いとなります。
<input checked="" type="checkbox"/>	提出書類と利用開始時のご状況が異なる場合、利用内定や決定（承諾）を取り消すことがあります。
<input checked="" type="checkbox"/>	利用内定後、面接やお子様の健康状況等の結果、入園できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	入園日は毎月1日のみとなります。（生後57日からの利用の場合を除く）
<input checked="" type="checkbox"/>	0～2歳児クラスの保育料は1か月単位です。
<input checked="" type="checkbox"/>	必要書類の未提出や確定申告の未実施等により、市町村民税所得割額（控除前の額）が確認できない場合は、入園審査において、市町村民税所得割額の合計での審査になった場合、優先順位が最下位となります。
<input checked="" type="checkbox"/>	保護者の他に同居する親族等（祖父母、内縁の夫又は妻など）がいる世帯で、保護者の所得がそれぞれ38万円（給与収入に換算すると103万円）以下の場合、同居する親族等の市民税所得割額で保育料を算定します。
<input checked="" type="checkbox"/>	提出書類は、特定個人情報を除き、利用調整において必要な範囲で各施設が閲覧する場合があります。また、利用が決定（内定）した施設に提供するとともに、入園前面接を実施している場合は、面接票を併せて提供し、受入れの準備に活用します。
<input type="checkbox"/>	施設の空き状況や利用調整の結果により、利用希望月に入園（転園）できない場合があります。

下記保育必要事由に該当する場合☑し、注意事項を確認してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	就労	提出した就労証明書に記載されている就労先を入園時の就労先として審査し、就労証明書に記載されている就労先以外の就労先で就労する場合は、入園の案内をします。転職の可能性のある場合は、求職活動で申請してください。
<input checked="" type="checkbox"/>	育児休業からの復職	<p>育児休業のまま、復帰せずに入園することはできません。申込後に育児休業復帰せず入園することはできません。</p> <p>育児休業制度の趣旨を理解し、就労先に確認したうえで申請してください。</p> <p>「育児休業から同一職場への復帰」で間違いありませんか。復帰後に別会社が決まっている、転職を検討している等は該当しません。</p> <p>いずれかを選択してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 直ちに復職を希望する</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する保育園等に入園できない場合は、育児休業の延長も許容できる利用調整では、調整指数23（-30点）を適用します。</p> <p>入園月の翌月10日までに職場に復帰してください。また、復職することがわかる就労証明書を、市が指定する日（4月入園を除き、入園月の月末が期日）までに提出してください。育児休業を取得していた保護者のみ再提出するとし、利用決定（内定）通知の発行日以降に証明された就労証明書を有効とします。なお、市が指定する日までに提出されない場合、いかなる理由でも入園の辞退又は退園となります。</p>
<input type="checkbox"/>	求職活動	利用決定期間は、利用開始後90日を経過する日が属する月の末日までとなります。※期間内に「就労証明書」を提出し、認定が「就労」に切り替わった場合、継続して在園が可能です。
<input type="checkbox"/>	就労内定	内定している状態かつ就労証明書が雇用先から提出可能な場合のみ該当します。就労開始後、改めて「就労証明書」の提出が必要です。

該当する箇所の記載事項を確認し、内容を遵守した上で入所申込みを行ってください。（育児休業から復職するとしての申し込み場合、「就労」及び「育児休業からの復職」の項目を確認してください。）

情報閲覧の同意

<input checked="" type="checkbox"/>	保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します。
-------------------------------------	--------------------------------------

記載事項を確認しました。

確認日 令和 8 年 4 月 10 日

保護者氏名 印西 太朗

教育・保育給付認定申請書（表面）

教育・保育給付認定申請書

申請者（保護者）	フリガナ	インザイ タロウ	個人番号	012345678901	生年月日	令和〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	父	
	氏名	印西 太郎							
	現住所	〒 270-1396 印西市大森2364番地2							
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	270-1327 印西市大森2535番地					
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	270-1340 印西市中央南1丁目4番地3					
	連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<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"/> 障害年金	
連絡先区分	携帯 勤務先 自宅 その他（ ）								

申請時点で住民登録のある住所を記入。

同一世帯に属する保護者（配偶者等）	同一世帯に属する保護者（配偶者等）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	フリガナ	インザイ ハナコ	個人番号	012345678902	生年月日	令和〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	母	
	氏名	印西 花子							
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	同上					
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	同上					
連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<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"/> 障害年金		
連絡先区分	携帯 勤務先 自宅 その他（ ）								

教育・保育給付認定を希望する児童	認定を希望する児童の数	2									
	フリガナ	インザイ マルオ	個人番号	012345678903	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	男性	認定区分		
	氏名	印西 丸男									
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒								
	保育を希望する時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間（1日最大11時間） <input type="checkbox"/> 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input checked="" 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"/> 障害年金				
	フリガナ	インザイ マルコ	個人番号	12345678904	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	女性	認定区分		
	氏名	印西 丸子									
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒								
	保育を希望する時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間（1日最大11時間） <input type="checkbox"/> 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<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"/> 障害年金				
フリガナ		個人番号		生年月日		性別		認定区分			
氏名											
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒									
保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間（1日最大11時間） <input type="checkbox"/> 短時間（1日最大8時間）	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<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"/> 障害年金					

未記入で構いません。

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

教育・保育給付認定申請書（裏面）

申請する児童の世帯構成員 (認定希望の児童及び保護者・配偶者は除く)	世帯構成員の数	3								
	フリガナ氏名	申請する児童との続柄(※)	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居別居の別	居住地の市区町村	障害者手帳等の有無	障害に係る手当等の受給状況	
1	インザイ イチロウ 印西 一郎	兄	1234 5678 905	令和〇年 〇月〇日	印西小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	印西市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 障害年金	
	インザイ マルミ 印西 丸美	妹	1234 5678 906	令和〇年 〇月〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	印西市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 障害年金	
	インザイ カズオ 印西 一男	祖父	1234 5678 907	令和〇年 〇月〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	印西市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 障害年金	
	インザイ カズコ 印西 一子	祖母	1234 5678 908	令和〇年 〇月〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	印西市	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 障害年金	
						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<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"/> 障害年金	

保育を必要とする事由	申請者の状況				同一世帯に属する保護者（配偶者等）の状況			
	①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学	④介護・看護 ⑧その他	①就労 ⑤災害復旧	②妊娠・出産 ⑥求職活動	③疾病・障害 ⑦就学	④介護・看護 ⑧その他
	⑧その他の場合				⑧その他の場合			
①就労、⑦就学の場合	<small>通勤（通学）手段/時間 ※手段が複数ある場合は全てにチェック</small> <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他（ ） 約 ！ 時間！ 〇分（往復時間で記入）			<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他（ ） 約 時間 分（往復時間で記入）				
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日 令和〇年〇月〇日			産前産後休業期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日				
「保育の必要性」の状況が④～⑥及び⑧の場合の具体的な状況								
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	①未婚 ④離婚調停中	②死亡 ⑤行方不明	③離婚 ⑥その他	事由発生日	⑥その他の場合		
生活保護の適用の有無								<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

ひとり親家庭にチェックをした場合、提出時に戸籍謄本の写しを提出。

保育所等の利用申込書（表面）

保育施設等の利用申込書

申請者（保護者）	フリガナ	インザイ タロウ	現住所	〒 270-1396
	氏名	印西 太郎		印西市大森2364番地2
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名	270-1327 印西市大森2535番地
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名	270-1340 印西市中央南1丁目4番地3
	連絡先	090-0000-0000		

印西市外の住所の方は、マイナンバーの確認か市町村民税所得割額確認の書類提出が必要。詳細はP14をご覧ください。

同一世帯に属する保護者（配偶者等）	同一世帯に属する保護者（配偶者等）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	
	フリガナ	インザイ ハナコ				
	氏名	印西 花子				
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名			
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名			
	連絡先	080-0000-0000				

申請内容の確認を連絡する際に、使用。日中連絡が取れる方を緊急の連絡先としてください。

利用を希望する児童の数	2
-------------	---

1人目の利用希望児童					
フリガナ	インザイ マルオ	性別	男性	生年月日	令和〇年〇月〇日
氏名	印西 丸男				
2人目の利用希望児童					
フリガナ	インザイ マルコ	性別	女性	生年月日	令和〇年〇月〇日
氏名	印西 丸子				
3人目の利用希望児童					
フリガナ		性別			
氏名					

「園コード」と「保育園名」を記入。園コードは次頁をご確認ください。園コードと保育園名が違っていた時は、保育園名を優先審査。

利用希望保育施設									
第1希望	001 ▲▲保育園	第2希望	100 ▼▼保育園	第3希望	201 ▼▼保育園	第4希望	300 ▲▲保育園	第5希望	401 □□保育園
第6希望	500 ■■保育園	第7希望	601 ◇◇保育園	第8希望	700 ◇◇保育園	第9希望		第10希望	

~~上記希望園に空きが出るまで待つ ※入園希望順位は審査には影響ありません
【全園希望】入園できれば上記希望以外でもよい（事業所内保育事業・小規模保育施設を除く、市区町村内の認可保育園、こども園、幼保一体施設の全てを希望する。）
【全園希望】入園できれば上記希望以外でもよい（事業所内保育事業・小規模保育施設を含む、市区町村内の認可保育園、こども園、幼保一体施設の全てを希望する。）~~

入園を希望する期間	令和〇年〇月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで	入園希望月の1日を記入。令和〇〇年 〇〇 月末まで
利用を希望する時間	〇〇 時 〇〇 分	～	〇〇 次項を参考に就学前対応日を記入してください。
延長保育の希望有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない		
入園・転園を希望する具体的な理由	未記入で構いません。		
第1希望園の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 所在地が近い <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が通っている <input type="checkbox"/> 保育内容に魅力を感じた <input type="checkbox"/> その他（ ）		

申請取下げの申し出がない限り、一律年度末まで継続審査となります。未記入で構いません。

園コード	保育所
003	木刈保育園
004	内野保育園
005	高花保育園
006	西の原保育園
007	もとの保育園
022	銀の鈴保育園
023	原山保育園
025	山ゆり保育園
028	スマイル保育園
029	小倉すくすく保育園
024	しおん保育園
203	ヒューマンアカデミー印西牧の原保育園
204	エンジェルハート保育園
205	星虹保育園
209	星虹第二保育園
210	かふう保育園いんざい
020	AIAI NURSERY 千葉ニュータウン中央
241	かぐる杜の保育園
242	コスモスの丘保育園
243	ゆいのひ保育園
256	AIAI NURSERY 印西牧の原
257	草深こじか第二保育園
258	ちいさな杜の保育園
260	HALO 保育園
261	コスモスの丘ひがし野保育園
262	そうほスマイル保育園
263	滝すくすく保育園
264	にじの原のつなぐ保育園
265	NOVA パイリンガル印西東の原保育園

園コード	認定こども園
514	どんぐり保育園
519	草深こじか保育園
510	牧の原宝保育園
512	認定こども園 Rainbow Wings International (本園：0～5歳児)
513	認定こども園 Rainbow Wings International (分園：1～2歳児)
207	印西ひかりこども園
267	たかさごスクール千葉ニュータウン
266	市川学園西の原幼稚園 (3～5歳児)

園コード	小規模保育事業
268	すくすくの杜千葉 NT 駅前園
700	やまと小規模保育園
701	カインド・ナーサリー牧の原第1園
702	カインド・ナーサリー牧の原第2園
703	リップル保育園 CNT 高花Ⅰ
704	リップル保育園 CNT 高花Ⅱ
270	リップル保育園 CNT 高花Ⅲ

クラス	児童の生年月日	就学前対応日
5歳児クラス	令和2年4月2日～令和3年4月1日	令和9年3月31日まで
4歳児クラス	令和3年4月2日～令和4年4月1日	令和10年3月31日まで
3歳児クラス	令和4年4月2日～令和5年4月1日	令和11年3月31日まで
2歳児クラス	令和5年4月2日～令和6年4月1日	令和12年3月31日まで
1歳児クラス	令和6年4月2日～令和7年4月1日	令和13年3月31日まで
0歳児クラス	令和7年4月2日～令和8年4月1日	令和14年3月31日まで
	令和8年4月2日～	令和15年3月31日まで

保育所等の利用申込書（裏面）

兄弟姉妹の状況					
当てはまるものを選択		<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時に申し込みをする			
		<input type="checkbox"/> すでに兄弟姉妹が保育所等に入園している			
		<input type="checkbox"/> 保育所等に入園していない小学校就学前児童がいる			
		<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも当てはまらない			
兄弟姉妹が同時に申し込みする場合					
兄弟姉妹の組み合わせ	1. 同時期同園のみ	<input type="checkbox"/> 同じ時期に同じ園のみ入園を希望する			
	2. 同時期別園	<input type="checkbox"/> 別々の園でも良いが、同じ時期でないと入園しない			
	3. 別時期同園のみ	<input type="checkbox"/> 別時期でも良いので同じ園のみ入園を希望する			
	4. 別時期別園	<input checked="" type="checkbox"/> 別時期でも別々の園でも入園する			
2. 同時期別園の場合 内定園の条件	同園優先	<input type="checkbox"/> 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する			
	順位優先	<input type="checkbox"/> 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）			
3. 別時期同園の場合 兄弟姉妹の優先について	優先児童あり	<input type="checkbox"/> 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： ）			
	優先児童なし	<input type="checkbox"/> 一人でも入園できる児童から入園する			
4. 別時期別園の場合 入園できなかった兄弟姉妹 以降の利用調整について	同園優先	<input type="checkbox"/> 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する			
	順位優先	<input checked="" type="checkbox"/> 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）			
	優先児童あり	<input type="checkbox"/> 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： ）			
	優先児童なし	<input checked="" type="checkbox"/> 一人でも入園できる児童から入園する			
	同園のみ	<input type="checkbox"/> 入園できなかった児童は、兄弟姉妹と同じ園のみ空き待ちをする			
	別園可	<input checked="" type="checkbox"/> 入園できなかった児童は、別園でもよいので空き待ちをする			
上記以外の希望条件					
すでに兄弟姉妹が保育所等に入園している場合（ ）人					
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
備考					
保育所等に入園していない小学校就学前の児童がいる場合（ 1 ）人					
氏名	印西 丸美	申請児童との 続柄（※）	妹	生年月日	令和〇年〇月〇日
現在の保育状況	家庭保育				
氏名		申請児童との 続柄（※）		生年月日	
現在の保育状況					
氏名		申請児童との 続柄（※）		生年月日	
現在の保育状況					
備考					

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

申込児童の健康状況調書（表）

申込児童の健康状況調書

児童氏名 (いんざい こたろう) 印西 小太朗	生年月日 令和 4 年 12 月 18 日 (2 歳 11 か月)	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
--------------------------------------	--	--

申請時の年齢を記入してください。

該当する□に✓をつけ、() の中は、記入または○で囲んでください。いただいた情報はお子様を安全にお預かりするために活用します。正確に記入してください。

妊娠～出生の経過	・在胎週数 (39 週 2 日) ・出生予定日 (令和 4 年 12 月 20 日) ・妊娠経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 (妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・その他) ・出生時体重 (3000 g) ・出生時身長 (50 cm) ・出生時異常 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (仮死, 酸素 日, 保育器 日, 強い黄疸)
既往・現病歴	①今までに大きな病気やけが、入院はありますか <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 月) □心臓病 () □腎臓病 () □その他の病気 () □大きなけが () ・入院歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (期間: 年 月 ~ 年 月) ・治療内容 () ・現在も治療、経過観察中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②その他、定期的を受診している病気はありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・病名: (<input checked="" type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他) ③ 上記①、②の病気に対して、処方されている薬はありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ { 薬品名・使用時間を記載 ○○○、1日2回朝晩に使用。 } ④これらの治療や処置を受けたことがある、または現在も受けていますか <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 () ・実施期間 (歳 ~ 歳までで終了/継続中) ⑤主治医から集団保育に対する注意点はありますか <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
けいれんやひきつけの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (最終発症: 2 歳 6 か月頃) ・診断名 (_____、 <input checked="" type="checkbox"/> 不明) ・頻度 (年に 0~1 回位、月に _____ 回位) ・発症しやすい状況 (<input checked="" type="checkbox"/> 熱が出たときに起きる <input type="checkbox"/> 熱がなくても起きる <input type="checkbox"/> 泣いた時) ・けいれん予防の薬の処方 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 薬品名)
体質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱がしやすい <input checked="" type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 便秘 () 日毎 <input type="checkbox"/> 下痢・腹痛をおこしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 脱臼をおこしたことがある (部位: _____) <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> その他 ()
視力・聴力	視力や聴力が気になり、受診したことはありますか <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (眼・耳) (受診時期: _____ 歳 _____ 月、結果: _____)
健康診査受診状況 ※直近で受けた健診結果(母子健康手帳の健診ページ)の写しを添付	・4 か月児相談 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ・受診済みの健診 (<input checked="" type="checkbox"/> 3~4 か月児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 6~7 か月児健診 <input type="checkbox"/> 9~10 か月児健診) <input checked="" type="checkbox"/> 1 歳 6 か月児健診 <input type="checkbox"/> 3 歳児健診 ・5 歳児相談 <input type="checkbox"/> 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未 ・健診等での指摘 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 指摘事項を記入してください ()
発達面	・首すわり <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・あやすと笑う <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・寝返り <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・お座り <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・ハイハイ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・つかまり立ち <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・一人で歩く <input type="checkbox"/> 歳 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 月 ・走る <input type="checkbox"/> 歳 <input type="checkbox"/> 月 ・模倣 _____ 月 <input type="checkbox"/> 月 ・指さし _____ 月 <input type="checkbox"/> 月 ・意味のある単語を話始めた時期(ワンワン・ブーブー等) <input type="checkbox"/> 歳 <input type="checkbox"/> 月頃 ・現在、どのくらい話せますか? □喃語 <input type="checkbox"/> 単語(_____ 語くらい) <input checked="" type="checkbox"/> 2 語文 <input type="checkbox"/> 会話可

服用している薬があるときは記入してください。

裏面あり

申込児童の健康状況調書（裏）

集団生活の経験	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 保育園・ _____ 幼稚園・一時預かり・児童発達支援・その他)
発達の状況 (身体・知的・言語) や健康面等で気が かりな事、保育園に 伝えておきたい事	<input type="checkbox"/> 動き回って落ち着がない <input type="checkbox"/> ささいなことでパニックになりやすい <input checked="" type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 家族や友達を叩いたり噛んだりする <input type="checkbox"/> 言葉がおそい <input type="checkbox"/> 家族や友達に関心が薄く、一人で遊ぶことが多い <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれても応答しない <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> その他 具体的に⇒ (_____)
今までに健康面や 発達上のことで、 専門機関に相談し たことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> これから相談予定 <input type="checkbox"/> 無 ・「有」または「これから相談予定」に☑された方は、相談先を以下から選択してください <input type="checkbox"/> 市の保健センター等 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども発達センター(印西市) <input type="checkbox"/> 児童発達支援(療育)や相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関(病院名: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____) 具体的な相談内容をご記入ください (○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○) ※保護者の方の同意を得たうえで、関係機関と情報共有をさせていただくことがあります ので、ご了承ください。個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。
手帳の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 (身体障害者手帳 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳)
食事面 (現在の状況)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> はい(□母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク:商品名 _____) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・離乳食の開始(生後 ○ か月から) ・一日の食事回数(_____ 回/日) ・どのような形態のものを食べていますか <input type="checkbox"/> 裏ごし <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきで噛める固さ <input type="checkbox"/> 大人の一部をきざむ <input type="checkbox"/> 大人の一部を一口大にする <input checked="" type="checkbox"/> 大人と同じ ・食べられない食品がありますか <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(食品名: _____) 理由:(□治療上 □宗教上 <input checked="" type="checkbox"/> その他: _____) ・給食のことで園に希望する対応 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合、具体的に(除去を希望します。)
食物アレルギー ※アレルギーや症状 によって対応方法 が異なりますので、 希望園に対応方法 について確認して おいてください。	・食物アレルギーがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・食物アレルギーで除去している食品はありますか <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> ロビーニッツ <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> その他(_____) ・医師による診断をうけていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい(最終受診日: 10/25) <input type="checkbox"/> いいえ ・アナフィラキシーショック ^(※1) の経験はありますか <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合 回数(_____ 回) 症状:□せきこみ □呼吸困難 □意識もうろう □腹痛 □おう吐 □その他(_____) (※1)アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べた後で、じんましんなどの皮膚症状の 他、せきこみ、呼吸困難、意識障害などの生命危機で一刻も早く治療せねばならない 重篤な状態です。 ・処方されている薬はありますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒有の場合 □抗ヒスタミン薬・ステロイド薬(内服薬) 薬品名を記載(_____) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン) <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギー (食物以外)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (アレルギー: ハウスダスト) ・園に希望する対応の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の場合、具体的に(_____)
記入者	□父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 □その他(_____)
記入日	令和 8 年 4 月 10 日

今までに健康面や発達上のことで、専門機関に相談したことはありますか？の問いに「有」と答えた方は、具体的な相談内容を必ず記入してください。集団生活を送るうえで困難なことなどが、入園決定後になって確認できた場合、施設で受け入れができないことがありますので、申請時に記入いただくと同時に受け入れ体制等を施設の担当者に確認してください。

【母乳に○をした方へ】
保育園ではミルクで対応することとなります。入園までにミルクを飲めるよう練習してください。

「有」と答えた方は、下の項目の記入をしてください。まだ食べさせていない食材がある場合でも現時点でアレルギーがなければ「無」にチェックしてください。アレルギーがどうかわからない、食べさせたことがないときは入園が決まったらその旨お申し出ください。