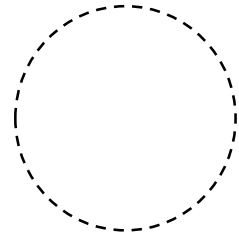


# 記入例

## 保育所入所申込書



令和4年3月1日

由布市福祉事務所長 殿

保護者氏名 由布 太郎

配偶者氏名 由布 優子

次のとおり、保育所への入所を申し込みます。

ふりがな	ゆふ いちろう		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	電算入力済
入所申込児童	由布 一郎			<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	平成30年8月7日生	年齢	3歳クラス（令和4年4月1日時点）		
現住所	由布市 庄内町柿原××××番地 コーポ由布×××号室				
入所を希望する期間	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 まで 令和4年5月1日から <input type="checkbox"/> その他（ 年 月 末日）まで				
入所を希望する施設（事業者）名	第1希望	×××	保育所（園） こども園	第4希望	なし 保育所（園） こども園
	第2希望	×××	保育所（園） こども園	第5希望	なし 保育所（園） こども園
	第3希望	×××	保育所（園） こども園	6ヶ所以上希望がある場合は、欄外に記入してください。	
保育を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週5日以上 1日7時間以上 <input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週5日以上 1日4時間以上7時間未満 <input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週4日 1日4時間以上 <input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）上記以外 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護（氏名及び続柄： ） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学（学校・職業訓練校等） <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等） ※単身赴任は除く			
	母	<input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週5日以上 1日7時間以上 <input checked="" type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週5日以上 1日4時間以上7時間未満 <input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）週4日 1日4時間以上 <input type="checkbox"/> 就労（会社員等・自営業等）上記以外 <input type="checkbox"/> 産前産後（出産予定日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護（氏名及び続柄： ） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学（学校・職業訓練校等） <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等） ※単身赴任は除く			

ひとり親家庭（死別・離婚・未婚等）		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		
育児休業からの復帰の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 復帰予定（復帰予定日：    年    月    日）		
兄弟姉妹の保育所利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 利用中（施設名：    ）		
保育士として市内の保育所に勤務		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		
（注：兄弟姉妹同時申込の方のみ） 兄弟姉妹同時申込における利用調整		<input type="checkbox"/> 同じ保育所等での利用を希望する。（異なる保育所等では利用を希望しない） 同じ保育所等での利用ができない場合には、異なる保育所等でもよい。ただし、一人でも利用できない児童がいる場合は、兄弟姉妹が同時に利用できるまで待つ。		
		<input type="checkbox"/> 利用できる児童だけでも、利用を希望する。（一人でも利用を希望する） ⇒利用できない児童の保育予定を選択してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く  <input type="checkbox"/> 祖父母・親戚等が保育する  <input type="checkbox"/> 認可外・企業内託児施設に預ける </div>		
送迎予定	送り	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（    ）	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（    ）	8 時 0 0 分頃
	迎え	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（    ）	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（    ）	17 時 3 0 分頃
入所申込児童の現況	現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている <input checked="" type="checkbox"/> 祖父母・親戚等が保育している <input type="checkbox"/> 認可外・企業内託児施設に預けている <input type="checkbox"/> その他（    ）		
	出生時の体重	（ 3, 0 0 0 ） g		
	歩きはじめ	<input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つたい歩き <input checked="" type="checkbox"/> 歩く		
	話しはじめ	<input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input checked="" type="checkbox"/> 会話ができる		
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の方は、アレルギー項目を選択してください。 （ <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（    ） ）		
	発作	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒有の方は、どのような発作であったか記入してください。 （    ）		
	発達の遅れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 言葉（具体的に    ） <input type="checkbox"/> 身体（具体的に    ） <input type="checkbox"/> 視力（具体的に    ） <input type="checkbox"/> 聴力（具体的に    ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に    ）		
	傷病歴・持病等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（完治済）    ⇒有の方は、どんな病名であるか（あったか）記入してください。 <input type="checkbox"/> 有（治療中） （    ）		
	手帳の有無	身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有（    ）級	
	療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有（    ）		
	精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有（    ）級		
特に心配なこと、気になること				