

# 特定教育施設・保育施設等 利用申込書 (入園申込書)

《R6》

令和 年 月 日

高島市（福祉事務所）長 様  
施設管理者 様

保護者	氏名	(フリガナ)	連絡先	自宅	受付年月日		
				父携帯			
		母携帯					
	住所	〒520- 高島市					
申込児童	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	令和6年4月1日現在年齢	*認定証番号	
			男・女	平・令 年 月 日生	歳		
利用希望施設	第1希望	園 <input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園） <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育				*事業所番号	
		【この園を希望する理由】					
	第2希望	園 <input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園） <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育				*事業所番号	
	【この園を希望する理由】						
第3希望	園 <input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園） <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育				*事業所番号		
	【この園を希望する理由】						
利用希望期間		令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで					
世帯構成区分	続柄	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	年齢	職業・通学 (園) 先等	備考
保護者			昭・平 年 月 日	男・女			
			昭・平 年 月 日	男・女			
同居している保護者以外の世帯員			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			
			大・昭・平・令 年 月 日	男・女			

上記のとおり施設利用を申し込みます。

保護者氏名

# 児 童 の 健 康 状 況 調 査 票

○ご記入いただいた内容については、利用する施設ならびに市が関係機関において、施設における教育または保育に関する目的以外には使用しません。

児童の氏名： \_\_\_\_\_

【児童の生年月日】

平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

定期的な治療・通院 について	□なし・□あり⇒	傷病名	
		通院状況	□年 □月 □週に ( ) 回程度
	日中に必要な薬がありますか。 □なし・□あり ※「あり」の場合 ⇒(薬名： _____ ) (いつ必要か： _____ )		
	日常的に必要な医療的ケアがありますか。 □なし・□あり ※「あり」の場合 ⇒(酸素吸入・たん吸引・経管栄養・導尿・インスリン注射・その他 ( _____ )) その他、健康上の配慮が必要な場合は具体的に記入してください。		
アレルギー について	□なし・□あり ※「あり」の場合 ⇒□食物アレルギー ( _____ ) 除去 □不要・□必要 □その他のアレルギー ( _____ ) アナフィラキシーショック □なし・□あり エピペンの所持 □なし・□あり ※アレルギーによる食事制限が必要な場合、入園決定後、医師の診断書(生活管理指導表等)が必要です。		
乳 幼 児 健 診	4か月児健診	□未受診 □受診済⇒	健診等でお子様の発達について特に指導を受けたことがありますか。 □なし・□あり(「あり」の場合、その内容を具体的に記入してください)
	10か月児健診	□未受診 □受診済⇒	
	1歳8か月児健診	□未受診 □受診済⇒	
	2歳6か月児健診	□未受診 □受診済⇒	
	3歳6か月児健診	□未受診 □受診済⇒	
身体障害者手帳	□なし・□あり⇒ (障害名： _____ 等級： _____ )		
療育手帳	□なし・□あり⇒ (障害名： _____ 等級： _____ )		
その他	施設利用にあたり配慮すべきことがありましたら記入してください。		

私の子どもの健康状態等について、市が子どもの施設利用のために関係機関に対し問い合わせ等されること、併せて必要な情報を施設管理者が把握することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_