

特定教育施設・保育施設等 利用申込書 (入園申込書)

《 R 7 》

高島市（福祉事務所）長 様
施設管理者 様

令和 年 月 日

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7年4月1日現在年齢	認定番号
			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"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育
	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"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育
	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"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育 <input type="checkbox"/> 家庭的保育
利用希望期間		令和 年 月 1日 から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで

●保護者情報

続柄	保護者氏名	年齢	申込時保育必要理由	就労先
父		歳	1.就労 2.疾病・障害 3.介護等 4.災害復旧 5.求職 6.就学 7.その他 ()	TEL :
母		歳	1.就労 2.疾病・障害 3.介護等 4.災害復旧 5.求職 6.就学 7.出産 8.その他 ()	TEL :

●兄弟・姉妹在園児 利用開始年度時点の情報を記載してください

続柄	児童名	クラス年齢	在籍園	状態
		歳児	園 <input type="checkbox"/> 保育園部 <input type="checkbox"/> 幼稚園部	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中
		歳児	園 <input type="checkbox"/> 保育園部 <input type="checkbox"/> 幼稚園部	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中
		歳児	園 <input type="checkbox"/> 保育園部 <input type="checkbox"/> 幼稚園部	<input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 申込中

●児童の保育状況 現在の申込児童の保育状況を記載してください。

<input type="checkbox"/> 自宅保育（父・母・祖父母） <input type="checkbox"/> 同伴就労（父・母） <input type="checkbox"/> 職場内託児所（父・母）
<input type="checkbox"/> 認定こども園・認可外保育施設などに在園中（施設名： ）
<input type="checkbox"/> 療育施設などに在籍（施設名： ）
<input type="checkbox"/> その他（具体的に ）

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	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり⇒	傷病名	
		通院状況	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週に () 回程度
	日中に必要な薬がありますか。 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> まだわからない ※「あり」の場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () 除去 <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> その他のアレルギー () アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり エピペンの所持 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 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	最後に受けた健診の情報 <input type="checkbox"/> 歳 か月健診 令和 年 月 日受診・ <input type="checkbox"/> 未受診 今まで受けた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。 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(「あり」の場合、その内容を具体的に記入してください)		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり⇒ (障害名：) 等級： ()		
療育手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 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