

(宛先)
大津市長

保育所等利用希望申込書

(表)

年 月 日

(_____ 年 _____ 月 入 所 希 望)

下記事項に同意のうえ、保育所、認定こども園、地域型保育事業(家庭的保育室等)の利用について、次のとおり申し込みます。

《同意事項》

※以下に記載された情報及び市が保有する個人情報、特定個人情報等について、保育の実施に必要な範囲において利用を希望する施設に提供することがあります。

※申込児童の健康・発達状況について、記載内容の確認のため連絡させていただく場合や健診の担当課など関係機関に確認する場合があります。また、確認した情報について、利用を希望する施設に提供することがあります。

個人情報及び特定個人情報等については、個人情報の保護に関する法律に基づき適切に取り扱います。

フリガナ 利用希望 児童氏名		生年月日	年 月 日	代表 保護者 氏 名	
日中に連絡可能な連絡先		()		— (父・母)	

① 利用希望施設について

☐ 保育施設に入所できない場合、育休延長も許容できる。 ※左記項目にチェックすると、利用調整が最低点数となります。					
利用を希望する施設	第1希望		第4希望		
	第2希望		第5希望		
	第3希望		第6希望		
土曜日の利用		無 ・ 有 (利用時間: _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分) 頻度: 月 _____ 回			
主な送迎方法		送迎手段	主な送迎時刻	主な送迎者(児童から見た続柄)	
	登園	電車・車・バス・自転車・徒歩	_____ 時 _____ 分頃	父・母・その他()	
	降園	電車・車・バス・自転車・徒歩	_____ 時 _____ 分頃	父・母・その他()	

② 他の就学前児童の状況 他的小学校就学前の兄弟姉妹がいる場合、該当する箇所を記載してください。

続柄	氏名	生年月日	年齢	状況
		年 月 日		(第1希望) _____ に(利用申込中・在園中) ・その他()
		年 月 日		(第1希望) _____ に(利用申込中・在園中) ・その他()

③ きょうだいが同時に申請する場合 該当する箇所にチェックしてください

「きょうだいで同じ園を利用できる場合のみ入所」を希望されますか？	
☐ はい	
☐ いいえ → (☐ 別々の園でも利用したい ☐ 一人だけでも利用したい) ※複数チェック可	
☐ その他 ()	

④ 児童の保育状況

現在の保育状況	☐ 自宅保育 (父・母) ☐ 同伴就労 (父・母) ☐ 職場内託児所 (父・母)
	☐ 親族・知人の協力(親族(児童との続柄: _____)・知人) ⇒ 保育場所(自宅・相手宅 _____)
	☐ 保育所・幼稚園・認定こども園・地域型保育 (施設名: _____)
	☐ 認可外保育施設 (施設名: _____)
	☐ 療育施設 (やまびこ園 教室 ・ のびのび教室 ・ わくわく教室)
	☐ その他 (具体的に: _____)

⑤ 別居祖父母の状況

	続柄	氏名	年齢	就労	健康状態	送迎協力	住所	記入しない場合の理由
父方	祖父			有 ・ 無	良 ・ 不良	可 ・ 不可		
	祖母			有 ・ 無	良 ・ 不良	可 ・ 不可	☐ 同上	
母方	続柄	氏名	年齢	就労	健康状態	送迎協力	住所	記入しない場合の理由
	祖父			有 ・ 無	良 ・ 不良	可 ・ 不可		
	祖母			有 ・ 無	良 ・ 不良	可 ・ 不可	☐ 同上	

⑥ 児童の健康状況等 ※1

健康 状 況	出生時の状態	出生時に特別な処置(仮死状態、保育器使用、酸素使用など)がありましたか： ☐ なし・ ☐ あり()		
	かかった病気と現在の様子について			
	1. 心臓病 2. 腎臓病 3. けいれん 4. てんかん 5. ぜんそく 6. その他() 7. 特になし			
	番号	診断名	何歳何か月の時、その時の症状	現在の症状・医師の指示等
	治療・訓練・通院をしていますか	☐ なし・ ☐ あり(病名：)		
		(機関名：)		
		(通院状況： 年に 回 ・ 月に 回 ・ 週に 回 ・ 不定期)		
		(保育施設で必要な服薬がありますか： ☐ なし・ ☐ あり())		
日常生活に必要な医療的ケアはありますか ☐ なし・ ☐ あり(酸素吸入・たん吸引・経管栄養・導尿・インスリン注射・その他医療行為())				
医師から食事制限を指示されていますか ☐ なし・ ☐ あり()				
健康上の配慮の必要はありますか				
食物アレルギーはありますか	☐ なし・ ☐ あり(原因： 卵・小麦・乳製品・その他())			
	ありの場合 → (症状：)			
	・アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか： ☐ なし・ ☐ あり ・医師からの処方： ☐ なし・ ☐ あり (☐ エピペン® ☐ 内服薬())			
	食べ物の除去が必要です ☐ なし・ ☐ あり(除去食品： 医師の診断： ☐ なし・ ☐ あり)			
発育・ 発 達 状 況	乳幼児健診は 受けましたか ※2	未受診： 4か月・10か月・1歳9か月・2歳6か月・3歳6か月		
		健診後に医師・保健師・発達相談員等と保健センター・すこやか・家庭訪問などで相談したことはありますか ☐ なし・ ☐ あり(健診後)・ ☐ 今後実施予定(いつ頃)		
		その時の相談内容(上記で「あり」を選択された方)		
	障害者手帳等をもっていますか ※3	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：)		

⑦ 相談機関の有無

健康・発育・発達 のことで	☐ なし	☐ 母子保健課・こども発達相談センター(担当： / 時期 / 内容)
		☐ すこやか相談所(担当： / 時期 / 内容)
家庭のことで	☐ なし	☐ こども・子育て安心課(担当：) ☐ 児童相談所(県)(担当：)
		☐ 子育て支援給付課(担当：) ☐ その他(機関名： / 担当：)

※1 医師の指示により健康上配慮が必要な場合や、食べ物で除去が必要な場合等は、医師の診断書や指示書・意見書が必要となります。

※2 他市町村で健診を受けた方は、受診された健診と最も時期に近い健診に丸をつけてください。

※3 該当する手帳のコピーを添付してください。

○自由記載項目 ※利用決定に影響はありません

利用申込にあたって、何か不安なことはありますか ☐ なし・ ☐ あり 内容	例) 子どもの発達、集団保育への不安、育休について、文化的・宗教的な配慮 等
---	--