

提出日 年 月 日

保育園等入園申込書（児童台帳）

蕨市福祉事務所長あて

保護者住所： _____

保護者氏名： _____

電話番号：（父） _____

電話番号：（母） _____

次のとおり、保育園等への入園を申し込みます。

申請児童	氏 名			生 年 月 日		性 別	利 用 希 望 期 間	
	フリガナ			年 月 日			年 月 日から	
							利用曜日（月・火・水・木・金・土）	
							利用時間 時 分～ 時 分	
希 望 園 等 ※第13希望以降の希望がある場合には欄外に記入	第1希望		第5希望		第9希望			
	第2希望		第6希望		第10希望			
	第3希望		第7希望		第11希望			
	第4希望		第8希望		第12希望			
児童の送迎	送者氏名			続柄			方 法	自宅・職場から保育園等までの時間 自宅から 分/職場から 分
	迎者氏名			続柄			方 法	
両親の勤務状況	父親の状況				母親の状況			
	名 称				名 称			
	所在地				所在地			
	電 話				電 話			
	勤 務 時 間		(平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		勤 務 時 間		(平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分	
傷病介護等	傷病等		<input type="checkbox"/> 入院（予定含む） <input type="checkbox"/> 一般療養 <input type="checkbox"/> 常時臥床・精神性・感染症		出産・傷病等		<input type="checkbox"/> 入院（予定含む） <input type="checkbox"/> 一般療養 <input type="checkbox"/> 常時臥床・精神性・感染症 <input type="checkbox"/> 出産	
	障害		<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		障害		<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	
	同居親族等の看護・介護				同居親族等の看護・介護			
	(看護・介護される方の氏名 続柄) → 週 _____ 日以上常時付添いによる (<input type="checkbox"/> 病院通院 <input type="checkbox"/> 施設通所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅)				(看護・介護される方の氏名 続柄) → 週 _____ 日以上常時付添いによる (<input type="checkbox"/> 病院通院 <input type="checkbox"/> 施設通所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅)			
祖父母の状況			氏 名		年 齢		健 康 状 態	
	父方	祖父					(良・不良・死亡) 有・無	
		祖母					(良・不良・死亡) 有・無	
	母方	祖父					(良・不良・死亡) 有・無	
祖母						(良・不良・死亡) 有・無		
						住所/海外在住は国を記入 (電話 _____)		
両親の状況	<input type="checkbox"/> 母子・父子家庭 → <input type="checkbox"/> 離婚 (_____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 配偶者死亡 (_____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 未婚							
	<input type="checkbox"/> 父母が別居中または行方不明 → <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> その他 (_____)							
	<input type="checkbox"/> 両親無し ※離婚調停中の方は離婚調停中であることが分かる書類（家庭裁判所発行）を添付							
児童の保育状況	1 保育施設以外 保育者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 保育場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (_____)							
	2 保育施設に入所 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 所在市区町村名 _____ 施設名 _____ 年 月 日から							
	3 その他 (_____)							