

入所希望児童名：

1 現在の保育状況（該当箇所に○や✓、内容記入をしてください。）

申し込み前の保育状況	☐ 1 認可保育所・認定こども園（保育部） （施設名： ）	入所できなかった場合	入所待ちをしますか（申込年度内のみ有効）
	☐ 2 小規模保育（施設名： ）		☐ 1 入所希望月以降も空き待ちをする
	☐ 3 認証保育所・認可外保育施設・職場の託児所 （施設名： ）		☐ 2 空き待ちしない （利用調整の結果、希望月に入所できなかった場合は、その後の調整は行いません） ⇒申請取下げの手続きを行ってください。
	☐ 4 幼稚園、認定こども園（教育部・幼稚園部） [預かり保育の利用 ⇒ 有・無] （幼稚園名： ）		どのように入所待ちをしますか（予定）
☐ 5 保護者 （□…産休・育休を取得中の場合は✓を付ける）			☐ 1 認証保育所や認可外保育施設に申し込む
☐ 6 その他（ ）			☐ 2 幼稚園に入園する
			☐ 3 保護者や親族が保育する
			☐ 4 育休を延長する（育休の延長が可能）
			☐ 5 その他（ ）

2 児童の状況（この内容は入所する保育所にも伝える場合があります。）

乳幼児健診は受診済ですか （受診済の乳幼児健診にチェック）	☐ 4ヶ月児健診 / ☐ 10ヶ月児健診 / ☐ 1歳6ヶ月児健診 / ☐ 3歳児健診 / ☐ 未受診
健診時に指導や指摘を受けましたか	☐ いいえ / ☐ はい → 内容：
発達に関する相談や受診をしていますか ※「はい」の場合は同意の上、記名をお願いします。	→ 相談先： ☐ はぐくみ ☐ 保健センター（どんぐり教室含む） ☐ その他（ ） → 内容： ☐ いいえ ☐ はい ※発達相談に関して市から相談先へ内容確認することに同意します。 ※「はぐくみ・保健センター」以外の場合は当該専門機関による診断書や 受診記録等の提出をお願いします。 保護者名 _____
現在、治療中の病気やケガがありますか	☐ いいえ → 病名： _____ ☐ はい → 医療機関名： _____ → 通院回数： 週・月・年に（ ）回
服用している薬はありますか	☐ ない → 薬名： _____（ ☐ 朝・ ☐ 昼・ ☐ 夜） ☐ ある _____（ ☐ 飲み薬 ☐ 塗り薬 ☐ その他） → 服用目的： _____
アレルギーはありますか	☐ ない / ☐ ある → 原因： _____
現在どのような食事をしていますか	☐ 母乳 ☐ ミルク ☐ 離乳食 ☐ 普通食 宗教食等配慮が必要ですか。はい / いいえ （対応可能かどうかは保護者の方から園に確認をお願いします。）
アトピーはありますか	☐ ない / ☐ ある
入所/集団生活にあたり配慮が必要なことはありますか。	☐ ない / ☐ ある → 内容：
その他、子育てしている中で気になることや配慮が必要なことはありますか	☐ ない / ☐ ある → 内容：

3 保育必要量の希望(希望がある場合のみ記入)

☐ 保育標準時間
(主に7:00～18:00)

☐ 保育短時間
(主に8:30～16:30)

※求職活動での申請の場合は短時間の認定となります。
※就労時間によってはご希望に添えない場合もあります。
※標準・短時間の設定は園によって異なります。

4 保護者の状況

ここ1年以内で、出産の予定 はありますか？	☐ ない / ☐ ある → 出産予定日： 年 月 日
ここ1年以内で、産休や育休 の取得予定はありますか？	☐ ない / ☐ ある → 産休・育休期間(予定)： 年 月～ 年 月
外国籍の方は、国籍や言語、日本語会話能力について教えてください。	
父親：国籍() 言語()	日本語： ☐ よくできる ☐ できる ☐ あまりできない ☐ できない
母親：国籍() 言語()	日本語： ☐ よくできる ☐ できる ☐ あまりできない ☐ できない
児童：国籍() 言語()	日本語： ☐ よくできる ☐ できる ☐ あまりできない ☐ できない

5 祖父母の状況 (同居の有無に関わらず、必ず記入してください。)

(※)死亡や離別している場合は、「死亡・離別」欄にチェックのみで構いません。

父 方	祖 父	氏名	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡・離別	昭和 年 月 日 R9.4.1時点の年齢 (歳)
		住所 市内・県内・県外(国外)	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 求職中 ☐ 病気療養 ☐ その他()	☐ 介護 ☐ 心身障がい
	祖 母	氏名	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡・離別	昭和 年 月 日 R9.4.1時点の年齢 (歳)
		住所 市内・県内・県外(国外)	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 求職中 ☐ 病気療養 ☐ その他()	☐ 介護 ☐ 心身障がい
母 方	祖 父	氏名	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡・離別	昭和 年 月 日 R9.4.1時点の年齢 (歳)
		住所 市内・県内・県外(国外)	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 求職中 ☐ 病気療養 ☐ その他()	☐ 介護 ☐ 心身障がい
	祖 母	氏名	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 死亡・離別	昭和 年 月 日 R9.4.1時点の年齢 (歳)
		住所 市内・県内・県外(国外)	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 求職中 ☐ 病気療養 ☐ その他()	☐ 介護 ☐ 心身障がい

6 世帯の状況 該当する項目がありましたら☑を付けてください。

- ☐ 両親ともに不在である。(死亡など)
☐ 小学生以下の兄弟姉妹が3人以上いる。(申請児童を含めて)
☐ 小学生以下の兄弟姉妹が2人である。(申請児童を含めて)
☐ 障害者手帳または療育手帳を有する小学生以下の兄弟姉妹がいる。
☐ 入所を希望する園に兄弟姉妹が既に入所している。(幼児部は対象外)(入所施設名)
☐ 兄弟姉妹が認可外保育園に入所している。(入所施設名 所在地 市・町)
☐ 今年度地域型事業(小規模保育施設等)を卒園する。
☐ 保護者が特定教育・保育施設等で勤務する保育士・幼稚園教諭である
☐ 1日6時間以上かつ月20日以上勤務
☐ 上記以外の勤務
☐ 保護者が袋井市内の放課後児童クラブで勤務する指導員である。

必ず確認してください。確認したら☑を付けてください。

☐ 袋井市の保育所等入所案内にある「利用申込チェックリスト」をすべて確認・承諾した。

7 その他

--