

保育施設入所申込書

記入例

豊川市社会福祉事務所長 様

令和 4年10月14日

保護者住所	豊川市諏訪一丁目1番地													
フリガナ	トヨカ 知ウ													
保護者氏名	豊川 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> ・平成 59年 11月 1日生													
個人番号	1	2	●	●	-	3	4	●	●	-	5	6	●	●
連絡先	(自宅) 0533-89-2274 (父携帯) 090-7777-●●●● (母携帯) 090-8888-●●●●													

個人番号記入後に保護シールを貼ってください

保育施設への入所について

区分	氏名	子どもの続柄	年齢		性別	職業等	個人番号	備考
			令和5年4月1日時点での年齢を記入	(令和5年4月1日現在)				
入所児童	トヨカ 知ウ	本人	3 歳	3 歳	男・女		1●●●-2●●●-3●●●	
	豊川 一郎		平成●●元 6月 1日生					
入所児童の世帯員	豊川 太郎	父	38 歳	38 歳	男	会社員	上記のとおり	
	豊川 花子	母	36 歳	36 歳	女	会社員	1●●●-2●●●-3●●●	
	豊川 桜子	姉	5 歳	5 歳	男・女	諏訪保育園	2●●●-3●●●-4●●●	
	豊川 次郎	弟	2 歳	2 歳	男・女		3●●●-4●●●-5●●●	
	豊川 豊子	祖母	61 歳	61 歳	男・女	無職	4●●●-5●●●-6●●●	
			歳	歳	男・女			
			歳	歳	男・女			

令和5年4月1日時点での年齢を記入

個人番号記入後に保護シールを貼ってください

【全員】必ずどちらかにチェックをしてください

【兄弟姉妹がいる場合】必ずどちらかにチェックをしてください

入所を希望する保育施設	第1希望	諏訪保育園	(希望理由)	姉が在園しているため
	第2希望	代田保育園	(希望理由)	家から近い
	第3希望	中部保育園	(希望理由)	家から近い
入所を希望する保育施設	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の保育施設以外は希望しない。 <input type="checkbox"/> 上記の保育施設以外でも空きがあれば希望する。			
兄弟姉妹がいる場合の希望条件	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹と同じ保育施設に入所できる場合のみ入所を希望する。 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹と別の保育施設であっても入所を希望する。			
保育を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )	保育の利用を希望する期間	令和5年4月1日から
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 年月日日まで <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学の日の前日まで

(1) 新規入所申込みか継続入所申込みかについてお聞きします。

<input checked="" type="checkbox"/> 4月からの新規入所申込み	<input type="checkbox"/> 継続入所申込み
--	----------------------------------

(2) 同時に保育施設の入所申込みをする（している）兄弟姉妹がいるかお聞きします。

<input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> いる 兄弟姉妹の氏名： <b>豊川 桜子</b> <b>豊川 次郎</b>	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <b>29</b> 年 <b>10</b> 月 <b>11</b> 日生 令和 <b>2</b> <b>12</b> <b>8</b>
------------------------------	--	--

(3) 同時に幼稚園等へ入園する（している）兄弟姉妹がいるかお聞きします。

<input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる 兄弟姉妹の氏名： _____ 年 月 日生	園名 _____
---	---	----------

(4) ご家庭で何番目のお子さんかをお聞きします。

第 <b>2</b> 子目
---------------

(5) 祖父母の状況についてお聞きします。

	父 方	母 方
祖父	<input type="checkbox"/> 同居（二世帯住宅又は同一敷地内に居住する場合を含む。） <input type="checkbox"/> 別居（住所 _____） <input checked="" type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 同居（二世帯住宅又は同一敷地内に居住する場合を含む。） <input checked="" type="checkbox"/> 別居（住所 <b>大阪府●●市●丁目●●番地</b> ） <input type="checkbox"/> 死別
祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 同居（二世帯住宅又は同一敷地内に居住する場合を含む。） <input type="checkbox"/> 別居（住所 _____） <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 同居（二世帯住宅又は同一敷地内に居住する場合を含む。） <input checked="" type="checkbox"/> 別居（住所 <b>祖父と同じ</b> ） <input type="checkbox"/> 死別

注 該当する□にレ印を記入してください。

※ 豊川市社会福祉事務所処理欄（以下の欄は記入しないでください。）

保育の利用の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 年 月 日 調査者（受付印）	保育の利用期間 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで 年 月 日から <input type="checkbox"/> 小学校就学の日の前日まで
経過	
入所する保育施設の名称	
保育の利用の解除年月日      年 月 日	
保育の利用を解除した理由	