

保育施設入所申込書

豊川市社会福祉事務所長 様

令和 年 月 日

保護者住所													
フリガナ													
保護者氏名	昭和・平成 年 月 日生												
個人番号					-								
連絡先	(自宅)	-	-	(父携帯)	-	-	(母携帯)	-	-				

保育施設への入所について次のとおり申込みます。

区分	氏名	入所児童との続柄	年齢 (令和6年4月1日現在)	性別	職業等	個人番号	備考
入所児童	フリガナ	本人	歳	男・女			
			平成・令和 年 月 日生				
入所児童の世帯員		父	歳	男			
		母	歳	女			
			歳	男・女			
			歳	男・女			
			歳	男・女			
			歳	男・女			
			歳	男・女			
入所を希望する保育施設	第1希望 (希望理由)						
	第2希望 (希望理由)						
	第3希望 (希望理由)						
	<input 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 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 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 ( ) 母 <input 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 ( )				保育の利用を希望する期間	令和 年 月 日から  <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学の日の前日まで	

※裏面も記入してください。

(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 type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> いる 兄弟姉妹の氏名： _____ 平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日生
------------------------------	--

(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 type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる 兄弟姉妹の氏名： _____ 平成・令和 ____ 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 ____ 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 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 type="checkbox"/> 別居（住所 _____） <input type="checkbox"/> 死別
祖母	<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 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 type="checkbox"/> 別居（住所 _____） <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。）

保育の利用の可否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 調査者（受付印）	保育の利用期間 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで 令和 ____ 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	