

受付日時	年 月 日
受付番号	

※こちらは記入しないでください。

ひまわり中山町保育園 申込書

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 転園申請	申請日	年 月 日
------	-------------------------------	-------------------------------	-----	-------

申請に係る児童

フリガナ		性別	男・女	続柄		生年月日	年 月 日
児童の氏名							

申請者 ※既にきょうだい児の申請をしている場合は、その際に保護者として申請した方を保護者氏名欄に記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請を行う保護者の氏名(自著)			
申請を行う保護者の住所	〒 横浜市 区		
連絡先①	父・携帯・母・携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他()	連絡先②	父・携帯・母・携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他()

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください。 ※連絡先②も記入してください。

世帯の状況(申請児童の保護者・保護者以外の家族及び同居者)

※申請児童を除く

フリガナ氏名	申請児童との関係	年齢	生年月日	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称及び単身赴任先、別居先住所等	障害者手帳等の有無
保護者		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
保護者(申請児童の家族を除く)及び同居者		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 (年 月 日(頃) から 【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】)
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 有 (担当者 . 年 月 日保護開始)

【以下にも記入してください】

補助票（兼認定内容確認票）

保育を必要とする状況等

保育が必要な期間 (希望日)	<input type="checkbox"/> 4月1日	から	<input type="checkbox"/> 就学前	まで
	<input type="checkbox"/> 年 月 日		<input type="checkbox"/> 年 月 日	
保育が必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧	
(就労等の場合) 自宅から勤務先までの1日の往復時間 <small>※送迎時間等は含みません。</small>	父	平均 () 時間 () 分/日	母	平均 () 時間 () 分/日

申請時点での出産の予定

出産の予定	<input type="checkbox"/> 有	出産予定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 育児休業取得 → <input type="checkbox"/> 父 (終了予定 年 月) <input type="checkbox"/> 母 (終了予定 年 月)
		出産後の予定	<input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅で保育するため施設・事業の利用を止める <input type="checkbox"/> その他 ()

申請児童の状況について

保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている → <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 保育者名 _____ 児童との関係 _____ <input type="checkbox"/> 自宅外に預けている → <input type="checkbox"/> 認可保育所・認定こども園 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業 (地域枠) <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業 (従業員枠) <input type="checkbox"/> 横浜保育室 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育 (週 日) <input type="checkbox"/> 年度限定型保育事業 <input type="checkbox"/> 親族 (生年月日: _____ 年 月 日 続柄: _____) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 保育者又は施設・事業名 _____ 利用開始年月 _____ 年 月 ~ 所在地 _____ 利用料 (月額) _____ 円
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している → <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 自宅 (職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()
健康状況等	① 検診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 4か月健診、 <input type="checkbox"/> 1歳半健診、 <input type="checkbox"/> 3歳健診、 <input type="checkbox"/> その他 ())
	② 検診時の指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	③ 発達上の心配事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	④ 定期的な通院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	⑤ 障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 手帳 級)
	⑥ 区の保健師・ソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	⑦ 療育センターへの相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	⑧ アレルギー等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)
	⑨ 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____)

祖父母の状況

		氏名	生年月日	申請児童と同居・別居	住所
父方	祖父		年 月 日	同居・別居	
	祖母		年 月 日	同居・別居	
母方	祖父		年 月 日	同居・別居	
	祖母		年 月 日	同居・別居	

