

入園についてのお伺い

保育施設入園申込書と一緒にご提出ください。

児童氏名 (さくら 二郎)

【入園申込について】

1. 第4希望以降の入所希望保育施設はありますか。

- 有 ⇒希望順位を下記保育施設の右欄【 】内に記入
 無

あおぞら保育園	【 ④ 】	氏家
たいよう保育園	【 ⑤ 】	氏家
わくわく保育園	【 】	氏家
認定こども園氏家幼稚園 (保育園部分)	【 ⑥ 】	認定 (保)
第二氏家さくら保育園	【 】	氏家
ちびっこランドさくら園	【 】	ゆう
つくし保育園	【 】	こと

※第4希望以降の保育施設がある場合は、有にを入れ希望の順番を記入してください。希望に上限はありません。
ご希望でない保育施設は審査の対象外となりますので、ご注意ください。
 ※受入月齢に満たない保育施設を希望することはできません。受入月齢については、ホームページまたは「保育園・幼稚園・認定こども園等入園のご案内」P3をご確認ください。

2. きょうだい同時申込みの方にお伺いいたします。

同じ希望保育施設に入所できない場合は、どのようにお考えですか。○をつけてください。

- () きょうだい希望内の同じ保育施設に入れるまで待機する[継続審査]
 () 別々の保育施設で同時の入所を希望する[希望順位]
 () ひとりでも先に入所させたい
 ひとり入所後の審査方法 ⇒ 同じ園を希望
 () その他 ()

きょうだいで同時に申請される場合は、本項目について必ず記入してください。

【祖父母の状況について】

必要事項を記入または該当するものに○をつけてください。

なお、記入がない場合は、調整指数により減点となる場合があります。

同居・別居の有無にかかわらず、お子さんから見た祖父母の状況について漏れなく記入してください。
 記入漏れがあった場合、自動的に減点となる可能性があります。

	父方		母方	
	祖母	祖父	祖母	祖父
氏名	栃木 うめ	さくら ○○	さくら ○○	さくら ○○
生年月日	○年○月○日	○年○月○日	○年○月○日	○年○月○日
住所	地△△ ○○県○○市○○番地○○			
申込児童との同居の有無	同居・別居・死亡	同居・別居・死亡	同居・別居・死亡	同居・別居・死亡
健康状態	普通・弱い・障害	普通・弱い・障害	普通・弱い・障害	普通・弱い・障害
職業等	農業	障害あり	会社員	無職

【児童の状況等について】 該当する

お子さんが安心して保育園を利用していただくため、該当する箇所がある場合は漏れなく記入をお願いいたします。
 また、必要に応じて「保育園入園に係る意見書」（さくら市様式）を医療機関にて発行してください。

健康 状 況	・現在の健康状況： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 【通院中・病気療養中の場合】 病名： _____ 病院受診時期： <input type="checkbox"/> 歳 _____ ・過去にかかった病気： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【有の場合】 病名： _____ 病院受診時期： <input type="checkbox"/> 歳 _____ か月頃から _____ 歳 _____ か月頃まで 現在の状況： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中
	アレルギー等 <input type="checkbox"/> 有（品目： _____） <input type="checkbox"/> 無 【有の場合】 ・症状 _____ ・アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> 発症の可能性有 <input type="checkbox"/> 無 ・エピペンの処方 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
発 達 ・ 発 育 状 況	・乳幼児健診： <input type="checkbox"/> これまで全て受診 <input type="checkbox"/> 未受診 【未受診の場合】 受診していない検診： _____ 歳 _____ か月健診 ・発達相談： <input type="checkbox"/> 勧められたことがある <input type="checkbox"/> 受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 【「勧められたことがある」「受けたことがある」に☑した場合】 時期： _____ 歳 _____ か月頃 児童発達支援センター・発達相談等の利用： <input type="checkbox"/> 有（利用先： _____） <input type="checkbox"/> 無 ・発達に関する医療機関の受診： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【有の場合】 診断名： <input type="checkbox"/> 有（診断名： _____） <input type="checkbox"/> 無
	・手帳の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【有の場合】手帳の種類に○を付け、() 内に等級等を記入してください。 身体障がい者手帳（ _____ 級） ・ 療育手帳（ _____ 級） ・ その他（ _____ ）
その他必要な配慮や、保育園に伝えておきたいことがありましたらご記入をお願いいたします。	

上記のことについて虚偽が発覚した場合は、保育施設の入所を取り消される場合があります。また、内容については保育施設あて情報提供を行う場合があります。なお、児童の健診結果についてさくら市子ども政策課が保健センターあて問い合わせを行う場合があります。

医療機関を受診している場合は、必要に応じて「保育園入園に係る意見書」を添付してください。

上記について内容を確認のうえ、了承しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者（児童）氏名： _____（ _____ ） ㊞