

令和7年度

保育所等利用申込確認票(新規)

以下の項目についてご確認いただき、確認欄にレ点(☑)をつけ、署名してください。

Table with 2 columns: Confirmation items (1-8) and Confirmation checkboxes. Items include: 1. Documents ready for application; 2. Application form submission; 3. Consent to information sharing; 4. Application cancellation; 5. Document submission after changes; 6. Application period; 7. Transfer rules; 8. Interview results.

◆以降は、該当する方のみチェック(☑)してください。

Table with 2 columns: Additional confirmation items (1-4) and checkboxes. Items include: 1. 4-month application; 2. 0-year-old application; 3. Re-employment reasons; 4. Transfer to Utsunomiya City.

Text box for confirmation and signature: 上記内容について確認し、了承しました。 申込児童名( ) 令和 年 月 日 保護者氏名( )

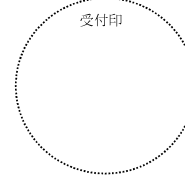
様式第1号(第2条関係)

令和7年度

保育利用申込書

Table with 2 columns: Facility name (施設名) and Age class (歳クラス). Includes a field for Account number (台帳番号).

柏原市長 様



令和 年 月 日

Address and contact information fields: 住所 柏原市 (フリガナ) マンション等 号室 保護者氏名 連絡先(自宅) (父携帯) (母携帯)

保育の利用につき、次のとおり申し込みます。

Table for application details: Child name (フリガナ), Birth date (平・令 年 月 日), Sex (男・女), and preferred facilities (第1希望 to 第8希望以下). Includes a period for facility use.

※ 「保育所等」とは「保育所」「認定こども園(保育部分)」「家庭的保育事業」「小規模保育事業」「居宅訪問型保育事業」「事業所内保育事業」をいいます。

(1) 申込児童の家庭の状況

Table for family status: District (区分), Name (氏名), Birth date (生年月日), Sex (性別), Occupation (職業), and household status (世帯の状況). Includes a section for siblings (申込児童を除く).

【※裏面も記入してください】

## 利用申込児童健康問診票

### (2) きょうだいの状況

① 小学校就学前のきょうだいがいる場合、いずれかの番号に○印をつけてください。

1 保育所等を利用している	2 幼稚園・認定こども園(教育部分)を利用している	3 今回同時に申込みする	4 申込みしない
---------------	---------------------------	--------------	----------

② ①で1～3に○印をつけられた方のみ記入してください。

氏名	利用中または申込中	利用または申込みをしている施設名	備考
	利用中・申込中		
	利用中・申込中		
	利用中・申込中		

③ 上記①で1及び3に○印をつけられた方のみ、該当するものにレ点(☑)をつけ、必要事項を記入してください。

きょうだいと同時に保育所等を利用できる場合	<input type="checkbox"/> 希望順位が低くても、同じ保育所等の利用を希望する <input type="checkbox"/> 別々でも、希望順位の高い保育所等の利用を希望する
きょうだい別々の保育所等になる場合	<input type="checkbox"/> 利用を希望しない(待機する) <input type="checkbox"/> 利用を希望する
申込をしているきょうだいのうち、保育所等を利用できない児童がいる場合(※上記①で3に○印をつけた方のみ)	<input type="checkbox"/> 全員利用を希望しない <input type="checkbox"/> 1人でも先に保育の利用を希望する ⇒待機となったきょうだいへの対策 ( )

### (3) 親族の状況について (該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。)

父方	祖父	氏名: ( ) 歳	日中、児童の保育が[できる・できない]
		保育できない理由: 1. 外勤 2. 自営 3. 病弱 4. 遠方に居住 5. その他 ( )	
	祖母	氏名: ( ) 歳	日中、児童の保育が[できる・できない]
		保育できない理由: 1. 外勤 2. 自営 3. 病弱 4. 遠方に居住 5. その他 ( )	
	同居・別居(住所: )		
母方	祖父	氏名: ( ) 歳	日中、児童の保育が[できる・できない]
		保育できない理由: 1. 外勤 2. 自営 3. 病弱 4. 遠方に居住 5. その他 ( )	
	祖母	氏名: ( ) 歳	日中、児童の保育が[できる・できない]
		保育できない理由: 1. 外勤 2. 自営 3. 病弱 4. 遠方に居住 5. その他 ( )	
	同居・別居(住所: )		
その他 の親族	保育所等の利用ができなかった場合に、祖父母以外で、日中児童の保育ができる18歳以上の親族が(いる・いない) ⇒いる場合、保育ができる親族の続柄・氏名を記入してください。 続柄( ) 氏名( )		

### (4) 児童の送迎について (該当するものにレ点(☑)をつけ、必要事項を記入してください。)

主な送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父(父方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父(母方) <input type="checkbox"/> 祖母(母方) <input type="checkbox"/> その他( )
送迎方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )

### (5) その他

申込にあたって特筆する事項があれば記入してください。

.....

.....

.....

記入日	令和 年 月 日	児童名		記入者	父・母・その他( )
-----	----------	-----	--	-----	------------

次の(1)～(5)について、該当するものに○もしくはレ点(☑)をつけ、必要事項を記入してください。

#### (1) 成育歴

出産までの異常	ない・ある( )				
出生時の状況	( )週	身長	( )cm	体重	( )g
発達の状況	首のわり( )か月	寝返り( )か月	歯の生え始め( )か月	ひとり寝る( )か月	
	はいはい( )か月	つかまり立ち( )か月	つたい歩き( )か月	ひとり歩き( )か月	
現在の栄養状況	母乳・ミルク・混合・離乳食( )回・普通食 [哺乳瓶・マグ・コップ]				
言葉	まだ 単語( )か月		二語文( )か月		会話がわかる
食事	できない 手伝いが必要		できる(はし・フォーク・スプーン・手づかみ)		
排泄	オムツを使用(昼夜・夜)		知らせることができる		1人でできる(大小便とも)
衣服の着脱	できない できる(着るだけ・脱ぐだけ・両方できる・ボタンをとめる)				

#### (2) 健診について

受診された健診	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月
受診された健診で何か助言をされたことが(ある・ない)	
◆ある場合…下記の欄に助言された内容を記入してください。	

#### (3) 現在の健康状態

通院	ない・ある(病名: )
既往症	ない・ある(病名: )
ひきつけ	ない・ある(体温 度 / 年 月 日)
健康状態	問題が[ない・ある(具体的な状態: )]
アレルギー	ない・不明・ある(治療の有無: 無・有) 【原因・症状等】:
発達相談	受けたことが[ない・ある(相談内容: )]
障害者手帳	身体障害者手帳・療育手帳: ない・ある(等級)(障害名: )
現在、身体や言葉等のことで利用しているかかりつけの医療機関(病院)が(ある・ない)	
◆ある場合(病院名、病状: )	

#### (4) 利用したことがある施設

利用の有無	施設名	利用内容	利用時期
ある・ない	子育て支援施設 <input type="checkbox"/> たがが KIDS <input type="checkbox"/> ハレ-KIDS <input type="checkbox"/> ハーモニー <input type="checkbox"/> ほっとひろば <input type="checkbox"/> たまてばこ <input type="checkbox"/> ごんちゃん		～
ある・ない	保健センター(※健診以外で)		～
ある・ない	上記以外(施設名: )		～

(5) その他、申込児童の発達等で気になることがあれば具体的に記入してください。

.....

.....

.....