

入所に関する確認表

児童氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

【 同意事項 】

保育所等の利用調整および利用者負担額算定等の事務のため、必要がある場合には世帯員全員の住民登録状況、福祉制度の受給状況、市・県民税の課税状況、所得状況、児童の健康状態について、市長が住民基本台帳、課税台帳、賦課資料、相談先の関係機関・施設等への情報収集を行うことを承諾します。

年 月 日 保護者署名 _____

1 現在の保育状況（該当するものにを入れてください。）

- 教育・保育施設等に預けている。（月極利用）（※）⇒ 預け先（_____）
- 教育・保育施設等に預けている。（一時保育）（※）⇒ 預け先（_____）
- 親族・知人等に預けている。（有償（※）・無償） 父・母が仕事等と並行して保育している。
- 育児休業をとって保育している。 自宅で保育している。（父・母・祖父母）
- その他（_____）

※に該当し、月64時間以上の利用をしている場合は、保育室等在園証明書（様式8号）の提出が必要となります。

【注意】朝霞市指定の家庭保育室に月極契約で在園されている方は提出の必要はありません。

2 育児休業中に申し込む場合（該当するものにを入れてください。）

- 育児休業の延長を希望し、指数の減算（-100）を希望する。

※減算を希望した上での利用保留は、翌年度の利用調整で前年度保留者の指数の対象にはなりません。

- 育児休業の延長を希望するが、指数の減算（-100）は希望しない。

- 復職を希望する。

*「令和3年度幼稚園・認定こども園・保育園等のご案内」の43ページをご参照ください。

3 兄弟姉妹が同時に申請する場合（きょうだい条件）（該当するものにを入れてください。）

質問1 必ずご記入ください。

- 同時期に同じ保育園等に入れなければ入所しない。（同時同所）
- 別々の保育園等でもいいが、同時期でなければ入所しない。（同時希望）⇒質問2へ
- 1人でも入所できれば入所する。 ⇒質問2へ

質問2 同時期に入所できる場合

- 上位希望施設で別施設になるよりも、下位希望施設での同所を希望する。（同所優先）
- あくまで希望順位を優先する。（希望順優先）

4 過去の市内保育園等申請・利用状況（該当するものにを入れてください。）

- ◆R2年度申請を（していない・している） ◆R1年度申請を（していない・している）
- ◆H30年度申請を（していない・している） (H31)
- ◆現在取得中の育児休業取得前に申請児童が保育園等の利用を（していない・している）

5 祖父母の状況（該当するものに○をし、必要な事項をご記入ください。）

氏 名		年齢	職業	世帯	その他	生計	住 所 (同一世帯の場合は記載不要)	
父 方		歳	有・無	同・別	不存在	同・別	都 道 府 県	市 区 町 村 ・ 国外
		歳	有・無	同・別	不存在	同・別	都 道 府 県	市 区 町 村 ・ 国外
母 方		歳	有・無	同・別	不存在	同・別	都 道 府 県	市 区 町 村 ・ 国外
		歳	有・無	同・別	不存在	同・別	都 道 府 県	市 区 町 村 ・ 国外

※ 裏面もご記入ください。

6 入所後の希望について (該当するものに○をし、必要な事項をご記入ください。)

希望保育時間	平日	午前	:	～	午後	:
	土曜日	午前	:	～	午後	:
※ 実際の保育時間については、勤務時間及び通勤時間等を考慮し、入所先の施設長が決定します。						
希望する保育必要量	1 保育標準時間 (1日11時間程度の利用)					
	2 保育短時間 (1日8時間程度の利用)					
主に送迎する方	父・母・祖父・祖母・その他 (.....)					
送迎手段	徒歩・自転車・バイク・自動車・バス					

7 児童の状況 (該当するものに☑を入れてください。)

面談日

担当者

◆ 現在治療中又は経過観察中の傷病の有無

無

有 ⇒ 病名 (.....)

通院 (年 月から)

入院歴 (年 月から 年 月)

◆ 健診受診状況

無

有 ⇒ 4か月・ 10か月・ 1歳半・ 3歳児・ その他 (か月・ 歳児健診)

健診時の指導及び相談事項

無 有 ⇒ (内容:.....)

◆ アレルギーの有無

無

有 ⇒ 医師の診断 無 有

卵 牛乳 大豆 小麦粉 ソバ その他 (.....)

※食物アレルギーの対応は施設によって異なりますので、事前に希望施設にご相談ください。

◆ アトピーの有無

無

有 ⇒ 医師の診断 無 有

◆ 投薬の有無

無

有 ⇒ 薬の名称 (.....)

飲み薬 塗り薬 その他 (.....)

※原則として、保育園等での投薬行為はできません。

◆ 言葉や発育について、相談している関係機関・施設の有無

無

有 ⇒ 関係機関・施設名 (.....)

◆ 障害者手帳等の交付

無

有 ⇒ 手帳等の種類及び等級 (手帳 級)

◆ その他入所にあたり健康上又は発達上、気になることがありましたらご記入ください。

(宗教食の対応をご希望の場合は、こちらにご記入ください。ただし、対応は施設によって異なりますので、事前に希望施設にご相談ください。)