

入所に関する確認表

児童氏名： 朝霞 次郎

生年月日： 令和2年 5月 1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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

保護者署名 朝霞 太郎

1 現在の保育状況（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する場合、利用保留となりやすいよう、利用調整において指数の減算（-100）を希望することが可能です。ただし、利用保留を確約するものではなく、減算をした上での利用調整の結果、利用内定となる場合もありますので、ご注意ください。また、減算をした利用調整での利用保留は、翌年度の利用調整において「前年度保留者」の指数の対象にはなりません。

等と並行して保育している。（父・母・祖父母）
証明書（様式8号）の提出が必要
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」中の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）

質問1 必ずご記入ください。

☐同時期に同じ施設等に入れなければならぬ。

☐別々の保育施設等に入れたいが、同時期でなければ入所しない。（同時希望）⇒質問2へ

☑1人同時に申請する兄弟姉妹がない場合は、記入しないでください。

質問2 同時に申請する兄弟姉妹がない場合は、記入しないでください。

☐上位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）

この2項目は、統計上、希望を確認するためのものであり、どちらを選択しても、利用調整においては一切違いは生じません。

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	朝霞 ただし	72歳	有 無	同 別	不存在	同 別	埼玉 都道府県	朝霞 市区町村	・ 国外
	よし子	71歳	有 無	同 別	不存在	同 別	同上 都道府県	市区町村	・ 国外
母方	保育 健一	70歳	有 無	同 別	不存在	同 別	〇〇 都道府県	△△ 市区町村	・ 国外
	正子	69歳	有 無	同 別	不存在	同 別	同上 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 8:00 ~ 午後 6:00
	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。)