

令和5年度 保育施設入所申込書

入所施設
※市使用欄

保育児童台帳

長岡京市福祉事務所長 様

記載のとおり申し込みます。また、児童及び世帯の住民情報や保育料算定に必要な世帯の税に関する調査を福祉事務所が行うことに同意します。

| | | | | |
|------------------------|--------------|------|----------------|---|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | 整理番号 | ※市使用欄 | |
| 入所希望日 | 令和 年 月 日 | 人申込 | 令和5年 4月1日現在 | 歳 |
| 住所 | 長岡京市 区 (ー) | | 保護者兼代表納付義務者 | |
| ※申請時に市外在住の方は、転入前の住所を記入 | | | | |

| | | | |
|----|----|-----|-----|
| 新規 | 転園 | [] | 在園中 |
|----|----|-----|-----|

| | | | | |
|---------|---------|--------|---|--|
| 区分 | 氏名 | 児童との続柄 | 電話 | 続柄 第1連絡先 [] (ー ー) 第2連絡先 [] (ー ー) |
| フリガナ | | | 生 年 月 日 | 性別 |
| 入所児童 | | 本人 | 平・令 | 男・女 |
| 保護者の状況 | 氏名 | 保護者1 | 生 年 月 日 | / |
| | 勤務先等 | [] | 昭・平 | |
| | 氏名 | 保護者2 | 生 年 月 日 | |
| | 勤務先等 | [] | 昭・平 | |
| 同居家族の状況 | 氏名 | | 明・大 昭・平・令 | / |
| | 勤務先等 | | 勤務先等電話 () ー 就 労 等 区 分 正 規 非 正 規 自 営 其 他 | |
| | 氏名 | | 明・大 昭・平・令 | |
| | 勤務先等 | | 勤務先等電話 () ー 就 労 等 区 分 正 規 非 正 規 自 営 其 他 | |
| | 氏名 | | 明・大 昭・平・令 | |
| | 勤務先等 | | 勤務先等電話 () ー 就 労 等 区 分 正 規 非 正 規 自 営 其 他 | |
| | 氏名 | | 明・大 昭・平・令 | |
| | 勤務先等 | | 勤務先等電話 () ー 就 労 等 区 分 正 規 非 正 規 自 営 其 他 | |
| 希望施設 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | 第4希望 |
| | 第5希望 | 第6希望 | 第7希望 | 第8希望 |
| | 第9希望 | 第10希望 | 第11希望 | 第12希望 |
| | 第13希望以降 | | | |

家庭状況 (該当事項に○印、または内容を記入してください。)

| 1 世帯状況 (支給認定申請書にもチェックをお願いします。) | | | | |
|---|---|----------|----|----------|
| 生活保護世帯 | いいえ ・ はい (平・令 年 月 日から) | | | |
| ひとり親世帯 | いいえ ・ はい ・ 調停中 (裁判所からの通知書等を提出願います。) | | | |
| 障害者手帳 (障害・療育・精神) | 持っていない ・ 持っている (手帳の写しを提出願います。) | | | |
| 2 保護者1・保護者2の状況 | | | | |
| 保護者1 | 正規職員・非正規職員・自営・求職・病気・離婚・別居・死亡・その他() | | | |
| 保護者2 | 正規職員・非正規職員・自営・求職・病気・離婚・別居・死亡・その他() | | | |
| 出産予定 | 無 ・ 有 【予定日：令和 年 月 日】 (母子手帳の写し等を提出願います。) | | | |
| 3 保護者の両親の状況 | | | | |
| | | 氏名 | 年齢 | 住所・電話番号 |
| の両親 保護者1 | () | 就労・無職・病気 | | 電話 () - |
| | () | 就労・無職・病気 | | |
| の両親 保護者2 | () | 就労・無職・病気 | | 電話 () - |
| | () | 就労・無職・病気 | | |
| 4 下記の年月日の住所、または、住民税が課されていた居所 (長岡京市内の場合は記入不要。) | | | | |
| 令和4(2022)年1月1日 | | | | |
| 令和5(2023)年1月1日 | | | | |

児童の状況 (該当事項に○印、または内容を記入してください。)

| | |
|--------------------------------|---|
| 心身の状況 | 1 乳幼児健康診査の際に何か指導を受けましたか。 無・有⇒ (歳 か月児健診の時) 指導内容： |
| | 2 現在、長期にわたり、通院治療または療育訓練を受けていますか。 ① 通院治療 無 ・ 有⇒いつ頃から： 回数：() 回程度の通院 / (週・月) 病名： ② 療育訓練 無 ・ 有⇒いつ頃から： 回数：() 回程度の通所 / (週・月) 通所施設名： |
| | 3 その他、お子さんについて伝えておきたいことがあれば記入してください。 |
| | ※ 手帳の有無等について、該当する場合は○印をしてください。(手帳等の写しを提出願います。) 障害者手帳 (障害・療育・精神) 受けている (1・2・3・4級・A・B) ・ 申請中 特別児童扶養手当 受けている ・ 申請中 |
| 現在の保育状況 | 1 認可保育施設を利用中 ・ 家庭等保育 ・ 勤務先へ帯同 |
| | 2 認可外保育施設・一時預かりを利用している。(領収証等の写しを提出願います。) 名称： 入所日・利用開始日：平・令 年 月 日 |
| 入所不可だった場合の予定 (選考には一切影響ございません。) | |
| 認可外保育所の利用・家庭等保育・その他() | |

選考について (きょうだい同時申込および育休延長希望の方は、該当事項に○印を記入してください。)

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | きょうだい同園決定を優先する。(選考状況により、希望下位の園でも同園にならない場合もあります。) |
| <input type="radio"/> | きょうだいが別園となっても、それぞれの希望順位を優先する。 |
| <input type="radio"/> | 長岡京市保育施設利用調整基準 (2) 調整指数の「育児休業延長希望の減点」を適用する。 |