

令和7年度 保育施設入所申込書

保育児童台帳 (市使用欄)	入所施設		必要量	標準・短	整理番号	
------------------	------	--	-----	------	------	--

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、同居世帯の住民情報や利用調整及び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 状 況	<input type="checkbox"/> 新規申込	<input type="checkbox"/> 市内認可保育施設からの転園申込 [在園中]		
		<input type="checkbox"/> 市内小規模保育施設卒園児の申込 [在園中]		
申 込 日	令和 年 月 日	きょうだい同時申込の有無	令和7年	歳
入 所 希 望 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	4月1日現在	
住 所	〒 - 長岡京市			

※申請時に市外在住の方は、転入前の住所を記入

保護者 兼 代表納付義務者等	第1連絡先 続柄 []	第2連絡先 続柄 []

区分	氏名	続柄	生年月日等	
フリガナ		本人	生年月日	
入所児童			平・令 . .	性別
			<input type="checkbox"/> 男	
			<input type="checkbox"/> 女	
保護者の状況	氏名 フリガナ	保護者1 []	昭・平 . .	電話番号(必須) - -
	氏名 フリガナ	保護者2 []	昭・平 . .	電話番号(必須) - -
同居家族の状況 (上記以外)	氏名 フリガナ	[]	大・昭 平・令 . .	勤務先・通学・通園等
	氏名 フリガナ	[]	大・昭 平・令 . .	勤務先・通学・通園等
	氏名 フリガナ	[]	大・昭 平・令 . .	勤務先・通学・通園等
	氏名 フリガナ	[]	大・昭 平・令 . .	勤務先・通学・通園等

(入所可能年齢施設のみ)	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☑または内容を記入してください。）

① 世帯状況（給付認定申請書にもチェックをお願いします。）

生活保護世帯	<input type="checkbox"/>	はい ⇒ 【 年 月 日から】
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 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（身体・療育・精神）	<input type="checkbox"/>	持っている ⇒ 【手帳の写しを提出願います（同一世帯に限る）。】

② 保護者1・保護者2の状況

保護者1	<input type="checkbox"/>	自営業	<input type="checkbox"/>	単身赴任	<input type="checkbox"/>	離婚	<input type="checkbox"/>	別居	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
保護者2	<input type="checkbox"/>	自営業	<input type="checkbox"/>	単身赴任	<input type="checkbox"/>	離婚	<input type="checkbox"/>	別居	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
現在、妊娠中の方は母子手帳の写し等を提出願います。 【予定日：令和 年 月 日】										

③ 下記の年月日の住所を記入願います。（長岡京市内の場合は記入不要）

令和6年（2024年）1月1日	保護者1
	保護者2
令和7年（2025年）1月1日	保護者1
	保護者2

④ 保護者の両親の状況（分かる範囲で記入願います。）

続柄	状況 (就労・疾病等)	氏名	年齢	住所・電話番号
保護者1 の両親	[]			電話（ ） -
	[]			
保護者2 の両親	[]			電話（ ） -
	[]			

◆児童の状況（該当事項に☑または内容を記入してください。）

① 乳幼児健康診査の際に再検査・経過観察などがありましたか。

内 容： (歳 カ月児健診の時)

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る。

通院治療：	通院開始時期：	年 月 日	病名：
	通院の頻度：	週（ ）回程度	・ 月（ ）回程度
療育訓練：	通所開始時期：	年 月 日	施設名：
	通所の頻度：	週（ ）回程度	・ 月（ ）回程度

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（アレルギー等）。

④ お子さんが下記に該当する。（手帳等の写しを提出願います。）

障害者手帳有り：	<input type="checkbox"/>	身体	<input type="checkbox"/>	療育	<input type="checkbox"/>	精神	<input type="checkbox"/>	申請中
特別児童扶養手当：	<input type="checkbox"/>	受けている						申請中

⑤ 現在の保育状況

<input type="checkbox"/>	市内認可保育施設を利用	<input type="checkbox"/>	家庭保育	<input type="checkbox"/>	勤務先へ帯同	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
<input type="checkbox"/>	市外認可保育施設 ^{※1} ・認可外保育施設 ^{※2} ・一時預かりを利用 ^{※2} （在園証明書等 ^{※1} 領収書等 ^{※2} の写しを提出願います。）						
名称：						利用開始日：	年 月 日

⑥ 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。）

<input type="checkbox"/>	認可外保育施設の利用	<input type="checkbox"/>	家庭保育	<input type="checkbox"/>	その他（ ）
--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	--------

◆選考の意向確認（該当事項に☑してください。）

① きょうだい同時申込者のみ（2人以上の新規申込で、市内認可保育施設在園児の転園希望、小規模保育施設卒園児含む）

<input type="checkbox"/>	希望施設の中で、きょうだい同園可能な園での決定を優先する。（同園にならない場合は下記にて選考します。）
<input type="checkbox"/>	きょうだい別園となっても、それぞれの児童の希望順位を優先する。

② 調整指数

<input type="checkbox"/>	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。
--------------------------	---