

保育所入所申込書兼保育児童台帳

記入例

平成21年12月10日

会津若松市福祉事務所長

保護者住所 会津若松市 東栄町3-46

氏名 若松 太郎

連絡先(電話番号) 0242-39-1111

携帯番号 090-1111-1111 (母)

保育所への入所希望は次のとおり申し込みます。

ふりがな **わかまつ じろう** 保護者との続柄 **男**
 児童氏名 **若松 次郎** 平成21年7月20日生 **0**歳 **女** **次男**

平成21年1月1日現在の保護者の住所 **同上**

入所を希望する保育所名
 第1希望 **× 保育園** (希望理由) **家から近い**ため
 第2希望 **△ □ 保育園** (希望理由) **通勤途中にある**ため

保育の実施を希望する期間
 平成**22**年**4**月**1**日から 平成 年 月 日 まで
 就学前

氏名	入所児童との続柄	生年月日	性別	職業(勤務先)及び電話番号	課税の有無		備考
					前年度市町村民税	前年分所得税	
若松 次郎	本人	20・7・20	男				
若松 太郎	父	46・8・11	男	〇〇株式会社 39-1434	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	※世帯員全員について記入してください。
若松 花子	母	47・3・5	女	△△工業 39-1243	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
若松 一郎	兄	17・6・10	男	〇×保育園入園希望	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
		・	男	—	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
		・	男	—	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
		・	男	—	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	

保育の実施を必要とする具体的理由 **両親とも家庭外で働いているため、子どもの保育ができない。**

生活保護の状況 **適用なし**
 適用あり (年 月 日保護開始)

※添付書類として源泉徴収票、申告書の写し、課税証明書等が必要になります。

(※福祉事務所記載欄)

入所申込みの承諾	保育実施の要否	保育の実施機関		年度	入所保育所	実施番号
	要・・・否	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日				
平成 年 月 日 承諾	保育の実施基準					第 号
備考	※ 記入しないで下さい					第 号
						第 号
						第 号
						第 号
						第 号
						第 号

備考 裏面及び※印の欄には記入しないでください。

(※福祉事務所記載欄)

保育の実施の経過

※記入しないでください

その後の経過	年 月 日	要否	変更・更新	保育の実施期間	保育所	実施番号
	・	要 ・ 否	変更() 更新	自 年 月 日 至 年 月 日		第 号
	保育の実施の解除の年月日	平成 年 月 日	解除の理由			

世帯階層区分の認定経過

課税の状況	民市町税村	均等割			
		所得割			
	所得税				
生活保護法 適用の有無	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止		
世帯階層区分					
保育料		円	円	円	
世帯階層区分の 認定期間	自 年 月 日 至 23年 3月31日	自 年 月 日 至 年 3月31日	自 年 月 日 至 年 3月31日		
確認	年 月 日 源泉 申告書 証明書 端末	年 月 日 源泉 申告書 証明書 端末	年 月 日 源泉 申告書 証明書 端末		

	住宅取得控除等	国の世帯階層区分

保育所入所判定調査票

平成21年12月10日

児 童 氏 名	若松 次郎	生年月日 (年齢)	平成 21年 7月 20日 生 (満0歳)
---------	-------	-----------	-----------------------

◎ 該当するところを ○ で囲んで下さい。

父 親 の 状 況	家庭外労働	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 ・ 臨時 ・ パート等 勤務時間 8 時 ~ 17 時 (8 時間) 勤務日数 (月) 25 日	勤 務 先	名 称 ○○株式会社 所在地 市内○町1-2 仕事の内容 営業 H6年4月1日 就職		
		<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 主たる従事者 <input type="checkbox"/> 協力者				
		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就職先内定 <input type="checkbox"/> 就職先未定				
	家庭内労働	<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 主たる従事者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 雇用者有り <input type="checkbox"/> その他 就労時間 時 ~ 時 (時間)			
母 親 の 状 況	家庭外労働	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 常勤 ・ 臨時 ・ <input checked="" type="checkbox"/> パート等 勤務時間 9 時 ~ 17 時 (7 時間) 勤務日数 (月) 20 日	勤 務 先	名 称 △△工業 所在地 市内△町2-3 仕事の内容 製造 H16年6月1日 就職		
		<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 主たる従事者 <input type="checkbox"/> 協力者				
		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就職先内定 <input type="checkbox"/> 就職先未定				
	家庭内労働	<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 主たる従事者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 雇用者有り <input type="checkbox"/> その他 就労時間 時 ~ 時 (時間)			
	出 産	平成 年 月 日 出産 (予定)				
	産休・育休明け	平成22年 4月 1日 産休 <input checked="" type="checkbox"/> 育休明け				
	病 気 (看 護 も 含 む)	患 者 名	(続柄)			
		病 名	障がい	種 級		
		発 病	昭和・平成 年 月 日 頃から			
		療養の状況	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 (病院名)			
災 害	<input type="checkbox"/> 火災 ・ <input type="checkbox"/> 風水害 ・ <input type="checkbox"/> 地震 ・ <input type="checkbox"/> その他 (災害発生 平成 年 月 日)					
父・母 の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 ・ <input type="checkbox"/> 離婚調停中 ・ <input type="checkbox"/> 死亡 ・ <input type="checkbox"/> 未婚 ・ <input type="checkbox"/> 行方不明 ・ <input type="checkbox"/> 別居 ・ <input type="checkbox"/> その他 事実発生 昭和・平成 年 月 日 から					
その他	<input type="checkbox"/> 職業訓練学校または学校に通学 ()					

※ 裏面も記入して下さい。

合計

児童の状況	出生時の状況	・ 体重 2,614 g ・ 身長 49.5 cm ・ 出産月数 10 ヶ月
	体 質	・ アレルギー体質 ・ 喘息 ・ アトピー体質 ・ その他 ()
	病 歴	・ 麻疹 ・ 水痘 ・ 耳下腺炎 ・ 熱性けいれん ・ その他 ()
	入院歴	・ なし ・ あり (21年 12月 ~ 21年 12月 疾患名 肺炎 病院名 △○病院)
	障がい	・ なし ・ 有り ()
	排 泄	・ ひとりで可 ・ 介助が必要
	申請児童以外	・ 兄 ・ 姉 (名前 若松 一郎) が (<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>) 保育園に ・ 在園中 入園希望
	・ 保育園在園 () ・ 他施設利用 () ・ 同居の親族 (母) ・ 別居の親族 () ・ 仕事に同伴 ・ その他 ()	

祖父母の状況	父	祖父氏名	氏名 (57歳)	職	(株)○○	(住所)
	方	祖母 "	氏名 (56歳)	業	□△病院	市内□町10-20
	母	祖父氏名	氏名 (59歳)	職	○△工業	(住所)
	方	祖母 "	氏名 (60歳)	業	無 職	いわき市○町3-2
保育にあたれない理由		仕事をしているため、遠隔地に住んでいるため				

主たる児童の送迎	・ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()
	・ 徒歩 ・ 自転車 ・ 自家用車 ・ バス
迎えの時間 17 時頃	

自宅付近の略図

