

保育所入所申込書（保育児童台帳）

年 月 日

厚岸町長

様

次の(1)～(11)の太枠について記入して下さい。□にはレ印をして下さい。
*1と*2の理由欄は、下記よりあてはまるものを選び番号で記入して下さい。該当番号が7の時は()内に内容を記入して下さい。

次のとおり保育所への入所を申込みます。

(1) 保護者	住所	厚岸町 (〒 -)	
	フリガナ 氏名	-----	電話 (自宅) ----- () (呼出 方)

(2) 入所児童	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日生	年齢 歳	性別 男・女

(3) 入所児童を除く家庭状況	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先・学校等	前年度 町民税	前年分 所得税	入所希望 理由*1	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	
			・ ・	男・女			有・無	有・無	

(4) 生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日 保護開始)
-------------	--

(5) 入所希望の保育所とその理由		
第1希望	保育所	理由*2
第2希望	保育所	理由*2

(6) 保育実施希望期間	
年 月 日～ 年 月 日	
◎小学校入学の年の3月末までの期限で申込みます	

【*1】入所を希望する理由

【*2】その保育所を希望する理由

1	居宅外で仕事をしているため
2	居宅内で児童と離れて日常の家事以外の仕事をしているため
3	妊娠中であるため、または出産後間がないため
4	疾病にかかり、若しくは負傷し、または心身に障害を有しているため
5	長期間疾病の状態にある、または心身に障害を有する親族を常時介護しているため
6	震災、風水害、火災その他の災害の復旧にあたっているため
7	その他 ()

1	通所可能な距離にあるため
2	保育時間が長時間であるため
3	延長・障害児保育を希望するため
4	保母の質が高いため
5	保育内容が充実しているため(行事等)
6	以前に通所したことがあるため
7	その他 ()

※ の入 承所 諾申 込	保育実施の可否	実施基準	実施期間	実施保育所
	要・否 (理由)	父 () 母 () 他 ()	年 月 日から 年 月 日まで	保育所
	年 月 日承諾			

※印の欄には記入する必要がありません

(7) 父母の状況 (父・母それぞれについて、あてはまる項目に記入して下さい)

父	
<input type="checkbox"/> 仕事をしている	
<input type="checkbox"/> 疾病・負傷・心身障害を有している 父の状態 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 - <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週平均 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養 - <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他 身障者(療育)手帳の番号 等級 級	
<input type="checkbox"/> 親族(児童の)を常時看護・介護している 親族の状態 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 - <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 寝たきり老人 看病の日数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4日未満	
<input type="checkbox"/> 父親がいない (年 月より母子家庭) 母子家庭となった原因 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 職業訓練・就学 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> その他()	

母	
<input type="checkbox"/> 仕事をしている	
<input type="checkbox"/> 妊娠している・出産後間がない 出産(予定)日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 疾病・負傷・心身障害を有している 母の状態 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 - <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週平均 日 <input type="checkbox"/> 自宅療養 - <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他 身障者(療育)手帳の番号 等級 級	
<input type="checkbox"/> 親族(児童の)を常時看護・介護している 親族の状態 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 - <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 寝たきり老人 看病の日数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4日未満	
<input type="checkbox"/> 母親がいない (年 月より父子家庭) 父子家庭となった原因 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 職業訓練・就学 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> その他()	

(8) 祖父母の状況

父	
祖	氏名 職業
父	年齢 歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡
祖	氏名 職業
母	年齢 歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡
住所 (電話 -)	

母	
祖	氏名 職業
父	年齢 歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡
祖	氏名 職業
母	年齢 歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡
住所 (電話 -)	

(9) 税の確認行為
私を含む世帯全員は、担当課長に対し町民税額及び
所得税額の確認行為について同意します

保護者氏名

(10) 2年以内に町外から転入してきた場合の前住所

前住所 (年 月 日転入)

(11) 健康調査票の確認
児童の健康調査票や定期健診の状況を、関係課保健師に
確認することについて同意します

保護者氏名

以下は記入しないで下さい

			年 月	年 月	年 月	年 月
			円 父・母・祖父・祖母	円 父・母・祖父・祖母	円 父・母・祖父・祖母	円 父・母・祖父・祖母
世帯階層区分の認定経過	前年度町民税	均	父母 祖母	父母 祖母	父母 祖母	父母 祖母
		所得割	計	計	計	計
	前年分	所得	父母 祖母	父母 祖母	父母 祖母	父母 祖母
		税	計	計	計	計
認定	階層		円	円	円	円
経過	徴収金階層		円	円	円	円
備考	概算(階層)					
	決定(階層)					