

保育所等利用(変更)申込書兼児童台帳

次のとおり、保育所等の利用を申し込みます。

(宛て先) 舟形町長

申請日 令和 年 月 日

保護者	フリガナ				続柄		住所	舟形町			
	氏名	印									
子ども	支給認定番号	(既に支給認定を受けている場合)		生年月日	年	月	日	町内名			
	フリガナ				性別	年齢		(令和6年4月1日現在)			
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				歳			
利用を希望する保育所等	保育所等の名称				見学済	保育所等の名称				見学済	
	第1希望				<input type="checkbox"/>	第2希望				<input type="checkbox"/>	
	第3希望				<input type="checkbox"/>	第4希望				<input type="checkbox"/>	
保育状況	<input type="checkbox"/> 職場でみている ⇒ 年 月 日から										
	<input type="checkbox"/> 自宅でみている ⇒ 保育者名 _____ 子どもから見た続柄 _____										
	<input type="checkbox"/> 次のところに預けている ⇒ 年 月 日から										
	氏名又は施設名 _____ 住所又は所在地 _____ 電話番号 _____ ()										
	保育時間 : ~ : 保育料月額 _____ 円										
<input type="checkbox"/> その他 _____											
子どもの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名() 年 月 日から										
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 () 回 <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日 ~ 年 月 日 その後の経過()										
	発育 言葉や発育について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 施設名() 年 月 日から 回										
	アレルギーの状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他() 除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし 医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー()										
	投薬の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬の名称() <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他() 回/日 ※原則として、保育所等での投薬行為はできません。										
その他 保育所等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがありましたら記入してください。											
送迎予定者	朝	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()				夕	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()				

<必ずウラ面も記入してください。>

様式第1号 (ウラ)

父方 祖父 母の 状況	祖父				祖母				
	氏名		年齢	希望利用開始日時 歳	氏名		年齢	希望利用開始日時 歳	
	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(1km以内)	別居の 住所						
	<input type="checkbox"/> 別居(1km超)								
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				
	就労先() 電話 ()				就労先() 電話 ()				
勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :					
病名() 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>				病名() 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>					
母方 祖父 母の 状況	祖父				祖母				
	氏名		年齢	希望利用開始日時 歳	氏名		年齢	希望利用開始日時 歳	
	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(1km以内)	別居の 住所						
	<input type="checkbox"/> 別居(1km超)								
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				
	就労先() 電話 ()				就労先() 電話 ()				
勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :					
病名() 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>				病名() 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>					
同居 の 状況	氏名		年齢	希望利用開始日時 歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()				
	就労先() 電話 ()				病名() 通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 <small>具体的な状況(介護・手帳の有無等、保育できない状況を記入してください。)</small>				
口座 利用 料	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		口座番号		フリガナ		
							名義人		
誓 約									
保育所を利用した際には、保育所の規定を守り、利用料は責任をもって期日までに納入することを誓約します。									
保 証 人									
今回利用する子どもの利用料について、保護者が完納することを保証します。万一滞納したときは、私が責任をもって納入します。									
						保護者 氏名		印	
						保証人 住所			
						保証人 氏名		印	
TEL - -									

※保証人は、保護者(父母等)を除き、保証力のある舟形町内または近隣に在住する者(できるだけ県内)であること。
 ※山形銀行・きらやか銀行・荘内銀行・もがみ中央農業協同組合・ゆうちょ銀行のうち、いずれかの口座を記入してください。

※市町村記載欄

受付年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

申込附帯書類等チェック欄 (該当に○)						受付	收受印
課税資料	就労・在職証明	身障手帳	診断書	口座振替依頼書	その他	確認	

(ウラ面)