

おうち保育園 かしわぎ 入園申込書

年 月 日

保護者	住所 〒		
	氏 名	(父携帯電話)	
	電話番号	(母携帯電話)	
児童	ふりがな		
	氏 名	(<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)	
	生年月日西暦	年	月 日
	現在の年齢	歳 (2025年4月2日時点)	
現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 家庭 (父・母・祖父・祖母)	<input type="checkbox"/> 幼稚園・認可外施設等 ()	
	<input type="checkbox"/> 一時預かり	<input type="checkbox"/> その他 ()	
保育利用の希望期間	(年 月 日) ~ (<input type="checkbox"/> 3歳になった年度末まで ・ <input type="checkbox"/> 年 月 日まで)		
保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ()		

児童の家庭の状況 (記入して下さい。年齢欄には2025年4月2日現在の年齢をご記入ください。)

ふりがな 氏 名	児童との続柄	生年月日	年 齢	勤務先・就学先の名称、利用中の施設名、病状等
.....		西暦 年 月 日	歳	電話
.....		西暦 年 月 日	歳	電話
.....		西暦 年 月 日	歳	電話
.....		西暦 年 月 日	歳	電話
.....		西暦 年 月 日	歳	電話
.....		西暦 年 月 日	歳	電話

※入園当日までに以下の書類をご準備いただきご提出ください。

- 会社員の方:勤務証明書(弊会指定書式のもの)(共働きの場合は両親それぞれ必要)
- 自営業の方(雇用主が保護者の場合。ただし、法人格の場合は除く):子ども・子育て支援制度支給認定証
- 保育の必要性に係る事由が就労以外の方(就学、疾病等):子ども・子育て支援制度 支給認定証
- 非課税世帯の方:市・県民税非課税証明書、子ども・子育て支援制度支給認定証
- 生活保護世帯の方:生活保護証明書や生活保護費支給票等世帯の状況がわかるもの、子ども・子育て支援制度支給認定証
- 里親、小規模住居型児童養育事業者の方:左記の状態であることが証明されるもの
- 育児休業中の方(子ども・子育て支援制度支給認定証をお持ちでない方):育児休業証明書

※「子ども・子育て支援制度支給認定証」の交付を受けていない方は、「教育・保育給付認定決定通知書」でも結構です

家庭等状況調査書

1. 祖父母の状況（別居の場合は住所を記入してください。その他の場合は状況を記入してください。）

		同居の有 無	氏名	住 所	年齢	就労の状況
父 方	祖父	同 居			歳	就労・在宅 その他()
	祖母	同 居			歳	就労・在宅 その他()
	連絡先					
		同居の有 無	氏名	住 所	年齢	就労の状況
母 方	祖父	同 居			歳	就労・在宅 その他()
	祖母	同 居			歳	就労・在宅 その他()
	連絡先					

2. 自宅及び主に送迎をされる方の勤務先等から保育園までの交通手段を記入してください。

自 宅 か ら	最寄駅	線	駅
	保育園までの移動方法 ／ 所要時間	(記入例) 徒歩10分・バス15分など	
勤 務 先 等 か ら	最寄駅	線	駅
	保育園までの移動方法 ／ 所要時間	(記入例) 徒歩10分・バス15分など	

児 童 票

ふりがな			男 女	※園で記入	
児童名				入園日	年 月 日
生年月日	西暦	年 月 日生 (歳 ヶ月)			
住所	〒 〒 自宅電話 - -				
メールアドレス	パソコン用: 携帯電話用: 保護者① 保護者②				
平熱			かかりつけの医療機関		
睡眠時間			医院・病院 TEL		
家族の状況	続柄	ふりがな 名前前	年齢	所属	緊急時連絡 の優先順位
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
		生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -	
上記以外での緊急時の連絡先					
	生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -		
	生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -		
	生年月日: 西暦 年 月 日		所属先名: 電話番号() - 携帯電話 - -		
* 地震等災害時、公共交通機関が運転不可能になった場合 お迎えは、父 / 母 / 代理人() 時間は (時間 分位)					

「入園までの生活状況」

★食事について

1～3 の該当する項目に○をつけ、ご記入ください。

- 1、授乳法
- ◎種類 (母乳/ミルク 商品名)
 - ◎方法 (抱いて/座らせて/自分で持って/寝ながら/その他)
 - ◎回数 (1日 回/1回量 cc/フォローアップ(離乳食後) cc/ 卒乳)
 - ◎飲み方 (コップ/哺乳瓶 乳首の形 S M クロスカット Yカット その他)
 - ◎間隔 (たっぶり飲んで間隔が長い/少しずつ何度も飲む/吸う力が弱い/その他)
- 2、離乳食
- ◎ 離乳食開始()ヶ月ごろ
 - ◎ 進み具合 ()
 - ◎ 現在 ()回食
 - ◎ 時間 (: / : / :)
 - ◎ 食べ方 (抱っこ / 座って)◎ 食後のミルク ()CC
- 3、乳児食
- ◎ 食事のようす ・食欲 ()
 - ・自分で食べる (箸 / スプーン / フォーク / 手づかみ)
 - ◎ 好き嫌い ・特に好きなもの ()
 - ・特に嫌いなもの ()
 - ・食べさせてもらう

◎食材について：食べたことのあるものに○をつけてください>

ステップ		試してほしい食材
園での離乳食提供(1日2回食)までに試してほしい食材 ※赤字は摂取必須	ごはん	米
	野菜	人参 玉ねぎ キャベツ 白菜 大根 トマト かぼちゃ じゃが芋 さつまいも 青菜 かぶ きゅうり ブロッコリー
	魚	たら かれい しらす 鮭 ツナ(まぐろ水煮缶) かつお節(かつおだし)
	大豆	豆腐 大豆水煮(または : 豆乳・高野豆腐 ・おから)
	小麦	うどん そうめん
	肉	ささみ 鶏胸肉
	乳	ヨーグルト
	その他	バナナ りんご 昆布だし 塩 醤油 味噌 片栗粉 麦茶
園の離乳食では提供はないが、離乳期にご家庭で試してほしい食材	小麦	食パン
	卵	黄身 全卵1/3
	乳	チーズ
キッズ食提供前までに試してほしい食材 ※赤字は摂取必須	えび	むきえび
	果物	オレンジ もも(缶詰可) キウイ
	肉類	豚肉 牛肉(牛肉エキス可)
	乳	牛乳(※1)
	卵	全卵(※2)
その他		その他摂取した食材・調味料【 】

お預かり時間と送迎について

お預かり希望時間

1. : ~ : (例 : 8 : 00 ~ 16 : 00 (月~金))

2. : ~ :

3. 土曜保育について 利用あり 利用なし

送迎について ※主な時間や手段をご記入ください。

登園時間 (: ~ : の間) (例 : 8 : 00 ~ 8 : 15 の間)

降園時間 (: ~ : の間)

送迎手段 ()

送迎の方 例: 1(母) 2(父) 3(祖父)

登園時 1() 2() 3()

降園時 1() 2() 3()

☆アレルギーについて ※該当する疾患に詳しくご記入ください。

- 1, 食物アレルギー ()
- 2, アトピー性皮膚炎 ()
- 3, アレルギー性鼻炎 ()
- 4, その他 ()

☆常時、服用している薬について ※ある場合は詳しくご記入ください。

- 1, ある
()
- 2, ない

☆排泄について ◎ (パンツ / オムツ) である
◎ 排泄は (教える / 教えない / 動作で教える)

☆睡眠について ◎ 寝るときの姿勢はどうか (うつぶせ / あおむけ / 横向き)
◎ 寝るとき (添い寝 / ひとり寝 / 哺乳瓶 / おんぶ / 抱っこ / 指しゃぶり / おしゃぶりタオル / 毛布 / おもちゃ)
◎ 午前睡(: ~ :), 午後睡(: ~ :)
※記入例: 10:00~11:00等

☆どんな遊びやおもちゃが好きですか。

☆お預かりするにあたって配慮を希望することがありましたらご記入ください。

アレルギー疾患に関する調査について

近年、アレルギー疾患をもつ園児が増加傾向にあることが、調査結果などから明らかになっています。アレルギー疾患のあるお子さんが、保育所生活でより安心して安全に過ごせるようにするためには、保育所で情報を把握する必要があります。

保育所では、特に配慮が必要なお子さんで、園内での管理等を希望される場合は、医師の指示に基づいた対応をすることとしております。つきましては、保育所での対応の希望の有無について、下記の調査票によりご回答ください。

なお、保育所での対応を希望される方には、後日「保育所生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をお渡しいたしますので、医療機関を受診し、主治医の先生に記載をしていただいたうえで、改めて提出してください。

注意 *「保育所生活管理指導表」は文書料がかかりますのであらかじめご承知おきください。子ども医療費助成制度は利用できません。

記

1. 保育所でのアレルギー疾患への対応例（参考）

食事や運動の際の配慮、動物との接触など

また、万一アナフィラキシー症状を発症した場合などの緊急時の対応

以上

.....

保育所におけるアレルギー疾患に対する配慮・管理希望調査票

園児氏名	保護者氏名
住所	電話

《質問 1》お子さんは、保育所でのアレルギー疾患による配慮や管理の対応を希望しますか？

注意 「アレルギー疾患がない方」「アレルギー疾患があるが、特に保育所での配慮が不要な方」は「希望しない」に○をしてください。

希望する ・ 希望しない

《質問 2》質問 1 で「希望する」と答えた方におたずねします。

現在治療中で、保育所での対応が必要なアレルギー疾患をお答えください。

* 該当する疾患に○をしてください。

食物アレルギー	アナフィラキシー	アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎	気管支ぜんそく	アレルギー性結膜炎

勤務証明書

住所

氏名	
生年月日	
児童との続柄	

児童氏名	
生年月日	
保育所名	

上記の者は当事業所において下記のとおり勤務していること、又は、勤務することが内定していることを証明します。

記

※以下事業所記入欄（もれなく記入してください。不備がある場合は再提出をお願いすることがあります。

勤務場所	所在地							
	名称							
勤務時間	平日	時	分から	時	分	勤務日数	週	日
	土曜	時	分から	時	分	勤務曜日（勤務する日に○） 月 火 水 木 金 土（毎週・隔週） その他（ ）		
雇用形態	1 正社（職）員 2 パート 3 自営 4 自営手伝い 5 その他 （ ）							
職種			産休年月日（労働基準法による産休取得中の場合）		自西暦	年	月	日
			育休年月日（育児休業法等による育休取得中の場合）		至西暦	年	月	日
就職年月日	西暦 年 月 日から					<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 保育所入所次第		
証明年月日の前3か月（当月を含む）の就労実績	月	当月（実績+予定日数）	（前月）	月	（前々月）	月		
	就労日数	日	日	日	日	日		

※当月の就労日数は、証明年月日の属する月の就労実績に、以降の就労予定日数を加えた日数を記入して下さい。

証明年月日

特定非営利活動法人フローレンス

年 月 日

代表理事 赤坂 緑様

事業所名

代表者又は証明者

職・氏名

※既に就労している場合は必ず就労実績をご記入ください。（就労実績が無いと入（転）所選考上不利になります。） 入所申込時は就労予定で勤務証明書を提出されていない方や、勤務予定の証明書を提出されている方で、既に就労されている場合は、就労実績の入った勤務証明書を保育所事業課までご提出ください。 ※自営業の方は、事業内容のわかる客観書類を添付してください。（前年の確定申告書、税務署への開業届等）

※上記の勤務内容については、事業所に確認する場合がありますのでご了承ください。