

認定こども園入所申込書

年 月 日

保護者氏名

白糠町長 様

【基本情報】

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申込み ※初めて入所の申込みをされる方及びこども園への転園を希望される方		
	<input type="checkbox"/> 継続申込み ※すでに保育所等に入所中の方		
支給認定 子どもの氏名	(ふりがな)	生年月日	性別
		年 月 日生 (歳)	男・女
認定証番号	(1号・2号・3号) ※すでに支給認定を受けている場合に記入してください		
保護者欄	住所	〒	
	氏名	(ふりがな)	生年月日
			年 月 日生
	氏名	(ふりがな)	生年月日
		年 月 日生	父・母・他()
緊急 連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 (- -) <input type="checkbox"/> 父携帯 (- -) <input type="checkbox"/> 職場 (- -) <input type="checkbox"/> 母携帯 (- -) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他携帯 () ()		
兄弟姉妹の 在園状況等	在園児	在園児氏名 (複数在席の場合は全員分記載)	
	有・無		

【世帯情報】

支給認定 子どもからみた保 護者等の 同居別居 の状況に ついて	両親	<input type="checkbox"/> 両親ともに同居 <input type="checkbox"/> 両親ともに別居 ⇒ 具体的な理由 () <input type="checkbox"/> 父または母どちらかが同居 ↳ <input type="checkbox"/> 母子、父子家庭 (離別・死別・未婚) <input type="checkbox"/> その他 (離婚調停中・拘禁・その他 ())
	両親 以外	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ⇒ <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 曾祖父 <input type="checkbox"/> 曾祖母 <input type="checkbox"/> その他 (続柄 . . .)

※ 両親の他に同居している方がいる場合、裏面の同居者情報欄に状況を記入してください。

※町記載欄	支給の可否	入所施設名	入所期間
	可・否		自 年 月 日
	決定日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 認定こども園(教育・保育) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> その他()	至 年 月 日
備考			

【同居者情報】（教育標準時間認定子どもは記入不要）

※ 表面の世帯状況の両親以外欄で「いる」にチェック()した場合は、以下の欄に記入願います。

氏名	続柄	生年月日	年	月	日生
1 家庭外労働 2 家庭内労働		3 出産等	4 疾病等		5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____ 所在地 _____ 電話() -	出産予定日 年 月 日	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 心身障害 障がい名 _____ (手帳 級)		看護の対象者 氏名 _____ 病名(症状) _____ 看護の場所 _____ 看護の時間 日 時間 週 日
就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上		その他(具体的に記入してください)			

氏名	続柄	生年月日	年	月	日生
1 家庭外労働 2 家庭内労働		3 出産等	4 疾病等		5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____ 所在地 _____ 電話() -	出産予定日 年 月 日	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 心身障害 障がい名 _____ (手帳 級)		看護の対象者 氏名 _____ 病名(症状) _____ 看護の場所 _____ 看護の時間 日 時間 週 日
就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上		その他(具体的に記入してください)			

氏名	続柄	生年月日	年	月	日生
1 家庭外労働 2 家庭内労働		3 出産等	4 疾病等		5 病人の看護等
職業 _____ (正社員・パート等・自営業・内職)	勤務先(勤務場所) 名称 _____ 所在地 _____ 電話() -	出産予定日 年 月 日	入院・通院・在宅 病名(症状) _____ 心身障害 障がい名 _____ (手帳 級)		看護の対象者 氏名 _____ 病名(症状) _____ 看護の場所 _____ 看護の時間 日 時間 週 日
就労時間 (日) 3時間未満・3~6時間・6時間以上 (週) 1~2日・3~4日・5日以上		その他(具体的に記入してください)			