

転園希望申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

転園が内定した場合、利用中の認可保育所等は退園になることに同意した上で、以下のとおり認可保育所等の転園を申請します。

子ども	フリガナ		障害手帳	生年月日	年 月 日	
	氏名		<input type="checkbox"/> あり	利用中の保育所等	園名 令和7年4月1日時点の年齢 令和8年4月1日時点の年齢 歳児クラス 歳児クラス	
	住所	〒 -				
保護者	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日	
	氏名			電話番号		
転園希望月	年 月 1 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで / <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日まで)					
転園理由 <small>就労証明書など要件を確認する書類の添付が必要</small>	<input type="checkbox"/> きょうだいを同園にするため (きょうだい名: _____ 年 月 日生) (園名: _____) <input type="checkbox"/> 転居したため園の送迎が困難になった (転園希望月までに転居予定がある場合も含む ※契約書等により転居予定先が分かる場合のみ) <input type="checkbox"/> 勤務地が変更したため園の送迎が困難になった <input type="checkbox"/> 新規園が開園したため (開園後、6カ月間に限り有効) <input type="checkbox"/> 上記以外の理由 (_____)					
きょうだいで申請の場合	<input type="checkbox"/> 同じ園に同時に入所できる場合のみ希望 <input type="checkbox"/> 同じ園に別の時期で入所することも可能 → <input type="checkbox"/> 必ず(_____)を優先 <input type="checkbox"/> 優先順位なし ※待機子どもは(_____)に預ける <input type="checkbox"/> 別の園に同時に入所することも可能 <input type="checkbox"/> 別の園に別の時期で入所することも可能 → <input type="checkbox"/> 必ず(_____)を優先 <input type="checkbox"/> 優先順位なし ※待機子どもは(_____)に預ける					
転園希望保育所名		園番号 (7ケタ)	見学	送迎手段	送迎者	
第1希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
第2希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
第3希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
第4希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
第5希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
第6希望			済・未	徒歩・自転車・バス・車	父・母・祖母・祖父・他 (_____)	
※保育所名と園番号が不一致の場合、保育所名に記載されている施設を希望園とします。						
延長保育の利用希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	利用頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 (_____ 回程度) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な時期・頻度: _____)	利用時間 _____ 時 _____ 分まで(予定) ※保護者のいずれもが保育できない場合のみ利用が可能です			
土曜保育の利用希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	利用頻度 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 月 (_____ 回程度) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な時期・頻度: _____)	利用時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで(予定) ※保護者のいずれもが保育できない場合のみ利用が可能です			
出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ⑨-1 出産予定連絡票を提出してください					
子どもの健康状態	乳幼児健診	受診歴	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月から11か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診			
		指摘事項等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (指摘の内容や現在の経過: _____)			
	持病等	<input type="checkbox"/> なし				
		<input type="checkbox"/> あり →	病名	(_____) 治療経過: (_____)		
		<input type="checkbox"/> 対応可能であることを園に確認済	投薬	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要 (_____ 種類・投薬頻度等)		
	園での対応		<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要 (_____ 具体的な対応方法)			
	アレルギー・食事等における制限	<input type="checkbox"/> なし →	離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 離乳食開始前 (現時点でアレルギーなし) <input type="checkbox"/> 離乳食を進めている <input type="checkbox"/> 離乳食終了		
		<input type="checkbox"/> あり →	アレルギー	食物	(_____) 症状等 (_____)	
				その他	(_____) 症状等 (_____)	
		<input type="checkbox"/> 対応可能であることを園に確認済	アレルギー検査	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 受診した (結果: _____)		
除去食の要否 園での除去対応の可否	<input type="checkbox"/> 除去不要 (理由: _____) <input type="checkbox"/> 除去必要 (除去するもの: _____)					
発育	排泄について	<input type="checkbox"/> おむつを使っている <input type="checkbox"/> 手洗いがあればトイレに行くことができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレに行くことができる				
	発語について	<input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 3語文以上				
	療育に関する通所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設名: _____) (通所開始時期: _____) (通所頻度: _____)				
	保健師・療育センター等への相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (詳細: _____)				
園での対応に配慮が必要なことがあれば記載してください。 <input type="checkbox"/> 園に確認済						

