

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。

申請子ども	フリガナ				生年月日		障害者手帳
	氏 名				年 月 日		☐ 有
	現在利用中の認可保育所等		クラス 年齢	令和8年4月1日時点の年齢	令和9年4月1日時点の年齢		
	現住所		〒 - 茅ヶ崎市				
保護者	申請保護者	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日
		氏 名				電話番号	
	ひとり親	☐ ひとり親世帯 ☐ ひとり親世帯に準ずる世帯 → ひとり親世帯に関する申立書提出必要 かつ 下記「配偶者等」欄記入不要					
	配偶者等	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 ☐ 就学前まで / ☐ その他 (年 月 日まで)				
転園理由 就労証明書など要件を確認する書類の添付が必要		☐ 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:) ☐ 転居したため園の送迎が困難になった (転居予定の場合は不動産売買契約書や賃貸借契約書等の添付が必要) ☐ 勤務地が変更したため園の送迎が困難になった (勤務地が変更したことがわかる就労証明書の添付が必要) ☐ 新規園が開園したため (開園後、6カ月間に限り有効) ☐ 上記以外の理由 ()					
転園を希望する保育所等	保育所名 (保育所名と園番号が不一致の場合、保育所名を優先して希望園とします)				園番号 (7ケタ)		見学
	第1希望						済 ・ 未
	第2希望						済 ・ 未
	第3希望						済 ・ 未
	第4希望						済 ・ 未
	第5希望						済 ・ 未
第6希望						済 ・ 未	
※ 受入月齢を満たしていない施設を希望している場合、該当施設は審査対象外となり、その後に申請内容の変更がない限り、受入月齢に到達した月から審査対象とします。							
きょうだいで申請の場合		☐ 1. 同じ園に同時に入所できる場合のみ希望 ☐ 2. 同じ園に別の時期で入所することも可能 ☐ 3. 別の園に同時に入所することも可能 ☐ 4. 別の園に別の時期で入所することも可能		2・4の場合	☐ 必ず(子どもの氏名)を優先 ☐ 優先順位なし (どちらが先でもよい) 待機となる子どもの預け先は ()を予定 ※ 選択肢2で一方の子どものみが入所した場合、待機となった子どもの「希望の保育所名」は、自動的にきょうだいの入所先の1園のみに変更します。		
延長保育の利用希望		☐ なし ☐ あり →	利用頻度	☐ 毎日 ☐ 週 (回程度) ☐ その他 (具体的な時期・頻度:)			
			利用時間	時 分 まで(予定)			
土曜保育の利用希望		☐ なし ☐ あり →	利用頻度	☐ 毎週 ☐ 月 (回程度) ☐ その他 (具体的な時期・頻度:)			
			利用時間	時 分 ～ 時 分 まで(予定)			
出産予定		☐ なし ☐ あり → 出産予定連絡票を提出してください。本申請書を提出後に妊娠が判明した場合でも、必ず追加提出が必要です。					

裏面の「児童状況確認票」も必ず記載してください。

申請の有効期限内に転園の必要がなくなった場合は、必ず申請取下をしてください。

転園申請にあたっては、保護者の要件書類（就労証明書）の添付が必要です。

園番号については、市ホームページの「園番号一覧」を参照し、記載してください。

園番号一覧 掲載ページ
「認可保育所等必要書類」





児童状況確認票

乳幼児健診の受診状況について教えてください。健診時に指摘があった場合は、その内容も記載してください。

☐ 受診していない	→	理由（
☐ 4 か月健診		指摘事項の有無 ☐ なし ☐ あり ※ 「あり」の場合は下記欄に指摘事項の内容（当時だけでなく現在の状況も含め）を記載してください。
☐ 10～11 か月健診		指摘を受けた内容・その他伝えられたこと
☐ 1 歳 6 か月健診		
☐ 3 歳 6 か月健診		

現在も治療中の持病（経過観察中の症状も含む）はありますか？

☐ なし	
☐ あり	→ 病名（
病状	（
医療的ケアの必要性	☐ なし ☐ あり ※ 医療的ケアが必要な場合、事前相談や別途手続きが必要です。手続きがない場合、入所調整はできません。
園での与薬の必要性	☐ なし ☐ あり ※ 「あり」にチェックした場合、希望する全ての園への事前確認が必須です。園での対応ができない場合、内定取消となることがあります。 薬の種類・頻度等（
園での生活に 配慮が必要なこと	☐ なし ☐ あり ※ 「あり」にチェックした場合、希望する全ての園への事前確認をしてください。園によってご希望の通りの対応ができないことがあります。 配慮が必要な内容（

園での食事について、アレルギーや宗教上の理由により、除去等の対応が必要ですか？

☐ 必要なし ※ 本書類提出後に状況が変わった場合、必ず保育課へご連絡ください。園での対応ができない場合に内定取消となることがあります。	
☐ 必要あり	→ ☐ 食物アレルギー ☐ その他のアレルギー ☐ 宗教上の理由によるもの（下記「摂取した場合の症状」「アレルギー検査」の記載は不要です）
除去が必要なもの	☐ 鶏卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ ソバ ☐ 大豆 ☐ その他（
具体的な除去の方法 ※除去の程度など詳細	（
摂取した場合の症状	（
アレルギー検査	☐ 受診済 ☐ 今後受診予定あり・受診を検討 ※ 園での除去対応については、医師が発行した「生活管理指導票」の確認が必要となります。
園への確認	☐ 希望する園全てに対し、除去が必要なものやその除去方法について具体的に説明し、除去対応が可能であることを確認した

お子さんの発達・発育について、該当する項目に✓をいれてください。

集団生活の経験		☐ 初めて ☐ 認可保育所等の経験あり ☐ 認可外保育施設の経験あり ☐ 幼稚園の経験あり ☐ その他（	
発育	身 体	☐ まだ首がすわっていない ☐ 首すわり ☐ お座り ☐ ハイハイ ☐ つかまり立ち ☐ ひとりで歩ける	
	言 葉	☐ 発語なし ☐ 喃語（ア－ア－等） ☐ 単語 ☐ 2 語文 ☐ 3 語文以上	
	排 泄	☐ おむつ ☐ 介助が必要 ☐ 自分でできる	
発達	相談機関 への相談	☐ 相談したことはない	
		☐ 相談したことがある	
		相談時期	（ 年 月頃）から （ ☐ 現在も相談中 ☐ もう相談はしていない ）
		相談機関	☐ 茅ヶ崎市こどもセンター ☐ 茅ヶ崎市の保健師 ☐ 茅ヶ崎市こども家庭センター ☐ その他（
	療育機関 への通所	☐ 通所していない	
		☐ 通所している・通所していたことがある	
		通所先	（
		通所期間	（ 年 月頃）から （ ☐ 現在も通所中 ☐ 現在は通所していない ）
保育所との併行利用		☐ 保育所と療育機関とを併行して利用したい ☐ 保育所のみを利用したい	
通所状況 ※通所曜日・時間帯等 ※併行利用予定の場合 保育所の利用時間等		（	
発育・発達について 気になること・ 園での対応に 配慮が必要なこと		（ ☐ 上記の内容について、希望する全ての園に対応が可能であることを確認した ※ 必ず申請書を提出する前にご確認ください	