

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				
	住所	〒 -					
利用中の認可保育所等				クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	
保護者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名						
	連絡先	優先(1) 父・母・その他()	TEL	優先(2) 父・母・その他()	TEL		
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	<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 認可保育所等名:)						
	<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 ※ 転居予定先が分かる書類等が必要 です)						
	<input type="checkbox"/> 勤務地が変更したため園の送迎が困難になった ※ 就労証明書が必要 です						
	<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) ※基本指数配点のため保育の必要性に係る書類もご用意ください						
きょうだいで申請している場合	<input type="checkbox"/> 上記以外の理由()						
	<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()		
土曜保育の希望 ※子どもを保育する人が誰もいない場合の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 保護者のいずれもが就労しているため <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 月()回程度 <input type="checkbox"/> その他()	時 分 から 時 分 まで(予定)			
延長保育の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 業務の都合 <input type="checkbox"/> 通勤時間の都合 <input type="checkbox"/> 送迎者の都合 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 月()回程度 <input type="checkbox"/> その他()	時 分 まで(予定)			
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				
	持病等	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:)				
		医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名() 現在の治療経過()				
	投薬	園での配慮	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要(具体的に:)				
		園での対応	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要(具体的に:)				
	発育	離乳食のすすみについて	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> なめらかにすりつぶした状態 <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯茎で噛める固さ <input type="checkbox"/> 完了				
		集団生活や友達との関わりについて	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> そうではない				
		大人の言うことへの理解について	<input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> 理解している				
		排泄について	<input type="checkbox"/> おむつをしている <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる <input type="checkbox"/> ひとりできる				
		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				
支援機関とのかわりについて	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 療育(施設名: 通所頻度: 週 日) <input type="checkbox"/> こどもセンター <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他()						
その他、園で配慮してほしいことがあればご記入ください <input type="checkbox"/> 記入した内容について入所希望の認可保育所等に対応可能か確認した							
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> あり→	食物アレルギー() 症状()					
		その他アレルギー() 症状()					
	アレルギー検査について	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 受診した(結果:)					
除去食について	<input type="checkbox"/> 除去必要(除去するもの:) <input type="checkbox"/> 除去不要(理由:)						
入所希望の認可保育所等のアレルギー対応	<input type="checkbox"/> 対応可能であることを確認した <input type="checkbox"/> 確認していない→必ず確認してください						

