

※受付No.

提出日を記入してください。

入 園 申 込 書（兼保育児童台帳）

R8.1.1 時点での住所を記入してください。（現住所と変わらない場合は記入する必要はありません。）

令和8年10月00日

者 現住所

新城市字東入船115

(R8.1.1 住所)

近隣市新城一丁目1-100

(R9.1.1 住所)

R9.1.1 時点での住所予定地を記入してください。引っ越しは決まっているが住所が未定の場合は「未定」と記入してください。

（現住所と変わらない場合は記入する必要はありません。）

がな しんしろ たろう

氏 名 新城 太郎

(自宅電話23-7622)

携帯電話 (父) 090-0000-0000

(母) 080-0000-0000

・「保護者」は生計の主たる方を記入ください。

とおひしひまふ。

児 童 名	生 年 月 日	学 齢	性 別
(ふりがな) しんしろ はなこ 新 城 花 子	令和 6 年 3 月 3 日生	R9.4.1の年齢 3 歳児	男・ ☒ 女

◇父母の状況

父 親 の 状 況	氏名	新城 太郎	年齢	25歳	就労	☒ 就労している	☐ 就労していない
	☒ 外勤・内職	☒ 常勤	☐ 非常勤	☐ 内職（家庭内）	☐ 内職（家庭外）		
	☐ 自営業・農業	☐ 事業主	☐ 専従者				
	☐ 傷病・疾病	☐ 入院	☐ 自宅安静	☐ 通院			
	☐ 心身障害	☐ 身体障害者手帳__級	☐ 療育手帳__判定	☐ 精神障害者保健福祉手帳__級			
	☐ 看護・介護	☐ 看護（続柄：__）	☐ 介護（続柄：__）				
	☐ その他	☐ 罹災	☐ 就学	☐ 就労予定	☐ 求職・起業準備	☐ 療育	☐ 緊急（要保護等）
	☐ 不在	☐ 別居（ ☐ 市内 ☐ 市外：__）	☐ 離婚・死別	☐ その他			
母 親 の 状 況	氏名	新城 桜子	年齢	25歳	就労	☒ 就労している	☐ 就労していない
	☒ 外勤・内職	☐ 常勤	☒ 非常勤	☐ 内職（家庭内）	☐ 内職（家庭外）		
	☐ 自営業・農業	☐ 事業主	☐ 専従者				
	☒ 妊娠・出産	☐ 入院	☐ 自宅安静	☐ 通院	出産（予定）日：令和9年 4月29日		
	☐ 傷病・疾病	☐ 入院	☐ 自宅安静	☐ 通院			
	☐ 心身障害	☐ 身体障害者手帳__級	☐ 療育手帳__判定	☐ 精神障害者保健福祉手帳__級			
	☐ 看護・介護	☐ 看護（続柄：__）	☐ 介護（続柄：__）				
	☐ その他	☐ 罹災	☐ 就学	☐ 就労予定	☐ 求職・起業準備	☐ 療育	☐ 緊急（要保護等）
	☐ 不在	☐ 別居（ ☐ 市内 ☐ 市外：__）	☐ 離婚・死別	☐ その他			

◇父母以外の同居者の状況 《65歳以上の同居者については記入不要です》（令和9年4月1日現在）

同 居 者 の 状 況	氏名	新城 一郎	年齢	64歳	児童との続柄	祖父
	☒ 就労（就学）している	勤務（通学）先：〇〇商店				
	☐ 就労（就学）していない	理由：__				
	氏名	新城 一子	年齢	60歳	児童との続柄	祖母
	☐ 就労（就学）している	勤務（通学）先：__				
	☒ 就学（就学）していない	理由：手足が不自由で就労できないため。（身体障害者手帳1級）				
	氏名	__	年齢	__	児童との続柄	叔母
	☐ 就学（就学）していない	理由：__				
兄	同居している方で、65歳以上（昭和37年4月1日以前生まれ）の方の記入は不要です。					
	3歳未満児の申込の場合、記入された方の就労（内職）証明書等を提出していただく場合があります。					

◇児童の状態

※生	分娩状況	☐ 安産 ☒ 難産（帝王切開）		各欄、お子さんの様子をご記入ください。
	出産状態	・体重 3050 g	・在胎週数 4	
育歴	☐ 母乳 ☒ 混合 ☐ ミルク	・離乳開始（ 5 ）か月 ・卒乳（ 14 ）か月		
	・首のすわり（ 3 ）か月 ・寝返り（ 5 ）か月 ・お座り（ 6 ）か月 ・人見知り（　）か月・（無） ・歩行開始（ 1 歳　）か月 ・言葉の始め（ 12 ）か月			
既往歴	☒ はしか ☐ 風しん ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☒ その他大きな病気・けが 病名： 肺炎 （令和〇年 9 月頃） けが： 左足骨折 （令和〇年 5 月頃）			
からだの状態	利き手	☒ 右 ☐ 左 ☐ 両		
	☒ 医師に診てもらっている病気（ 花粉症 ） ☐ 目（右・左）の異常（　） ☐ 耳（右・左）の異常（　） ☐ 脱臼しやすい（部位：　） ☒ ひきつけたことがある（ 1 回位）最近 ☐ その他（　）			
栄養	☐ 普通食（偏食状況：　） ☒ アレルギー対応食（除去食品： 小麦・卵 ） ☒ エピペンを処方（予定）されている			
	＊離乳食必要者のみ ☐ 母乳 ☐ ミルク（　ml×　回） ☐ 牛乳（開始　）か月頃 離乳食の進み具合 1日　回食：状態 ☐ つぶしがゆ ☐ 軟食（　） ☐ 大人と同じ			
接種歴	☒ BCG ☒ 四種混合（1回・2回・3回・追加） ☒ 水ぼうそう（1回・2回） ☒ ヒブ（1回・2回・3回・追加） ☒ 小児肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） ☒ 麻しん・風しん混合（MR）（Ⅰ期・Ⅱ期） ☒ 日本脳炎（1回・2回・追加） ☒ B型肝炎 ☒ ロタウイルス ☒ その他（おたふく・その他：　）			
医療機関	・かかりつけの病院 医療機関名： 鳳来こどもクリニック ・かかりつけの医師 医師氏名： 鳳来 太郎 ・健康保険情報 名称： 〇〇健康保険組合 記 号： 1234 番号： 56789			
現況	☒ 自家（主に見る人： 母 ） ☐ 他家（主に見る人：　） ☐ 勤務先同伴（　） ☐ 他施設（施設名：　）			
備考	健康上特に留意、希望すること等を記入ください 花粉（スギ）の時期になると鼻水がでて、目がかゆくなる 同意する又は同意しないのどちらかにチェックをしてください。			

◇児童の健康診断結果の閲覧について（※新規に入園する児童のみ記入してください）

児童の発達を確認するため、保健センターで実施した健康診査の結果について、こども未来課で閲覧することに同意しますか。

☒ 同意する☐ 同意しない