

※受付No.

兄弟姉妹入園

入 園 申 込 書（兼保育児童台帳）

令和 年 月 日

保護者 現住所 _____
(R8. 1. 1 住所)

(R9. 1. 1 住所) _____

ふりがな _____

氏 名 _____ (自宅電話 _____)

携帯電話 (父) _____ (母) _____

新城市長 様

こども園等に入園したいので、次のとおり申し込みます。

※「こども園等」には、小規模保育を含む

児 童 名	氏 名	生 年 月 日	学 齢	性 別
	(ふりがな)	令和 年 月 日生	R9. 4. 1の年齢 歳児	男・女

◇父母の状況

父 親 の 状 況	氏名		年齢	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		年齢	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：_____年 月 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		年齢	歳	児童との続柄	
	☐ 就労（就学）している	勤務（通学）先：				
	☐ 就労（就学）していない	理由：				
	氏名		年齢	歳	児童との続柄	
	☐ 就労（就学）している	勤務（通学）先：				
	☐ 就労（就学）していない	理由：				
	氏名		年齢	歳	児童との続柄	
	☐ 就労（就学）している	勤務（通学）先：				
	☐ 就労（就学）していない	理由：				
	氏名		年齢	歳	児童との続柄	
	☐ 就労（就学）している	勤務（通学）先：				
	☐ 就労（就学）していない	理由：				

※生	分娩状況	□安産 □難産 ()		
	出産状態	・体重 g ・在胎週数 週		
育歴	□母乳 □混合 □ミルク		・離乳開始 () か月 ・卒乳 () か月	
	・首のすわり () か月 ・寝返り () か月 ・お座り () か月 ・人見知り () か月 ・無 () ・歩行開始 () 歳 か月 ・言葉の出始め () 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: () 年 月頃 けが: () 年 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 () □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 (回位) 最近: 年 月 熱を伴う・伴わない □その他 ()			
栄養	□普通食(偏食状況:) □アレルギー対応食(除去食品:) □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: _____ ・かかりつけの医師 医 師 氏 名: _____ ・健康保険情報 名 称: _____ 記 号: _____ 番号: _____			
現況	□自 家(主に見る人:) □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 _____ _____ _____ _____ _____			

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