

※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）

令和7年10月00日

R7.1.1 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。）

者 現住所  
(R7.1.1 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

R8.1.1 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。）

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。

とおり申し込みます。

児童名	生年月日	学 齢	性 別
新城 花子	令和 5年 3月 3日生	R8.4.1の年齢 3 歳児	男・ <input checked="" type="radio"/> 女

◇父母の状況

父 親 の 状 況	氏名	新城 太郎	年齢	25歳	就 労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労していない
	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 内職（家庭内）	<input type="checkbox"/> 内職（家庭外）	
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主	<input type="checkbox"/> 専従者			
	<input type="checkbox"/> 傷病・疾病	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅安静	<input type="checkbox"/> 通院		
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級	<input type="checkbox"/> 療育手帳__判定	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級		
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：）	<input type="checkbox"/> 介護（続柄：）			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 求職・起業準備	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等）
	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：）	<input type="checkbox"/> 離婚・死別	<input type="checkbox"/> その他		
母 親 の 状 況	氏名	新城 桜子	年齢	25歳	就 労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労していない
	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤	<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 内職（家庭内）	<input type="checkbox"/> 内職（家庭外）	
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主	<input type="checkbox"/> 専従者			
	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅安静	<input type="checkbox"/> 通院	出産（予定）日：令和8年 4月29日	
	<input type="checkbox"/> 傷病・疾病	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅安静	<input type="checkbox"/> 通院		
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級	<input type="checkbox"/> 療育手帳__判定	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級		
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：）	<input type="checkbox"/> 介護（続柄：）			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 求職・起業準備	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等）
<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：）	<input type="checkbox"/> 離婚・死別	<input type="checkbox"/> 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8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
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労（就学）している	勤務（通学）先：〇〇商店				
	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 就労（就学）している	勤務（通学）先：					
<input checked="" type="checkbox"/> 就労（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				続柄	叔母	
同居している方で、65歳以上（昭和36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。						
兄						

