受付印

# 千葉市立認定こども園（1号認定児童）利用申請書

（あて先）千葉市長

令和　　年　月　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者（保護者） | 住所 | 〒 | 連絡先電話番号（主な連絡先を一番上に記入してください）<br>・（父携帯 ・ 母携帯 ・自宅）<br>・（父携帯 ・ 母携帯 ・自宅）<br>・（父携帯 ・ 母携帯 ・自宅） |
| | 氏名 | （注）自署でない場合は、記名押印してください。 | |
| | 連絡先電子メールアドレス | @ | |

千葉市立認定こども園（1号認定児童）の入園（利用）について、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請に係る子ども | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | 性別 | 保護者との続柄 |
| | 氏名 | | 年　月　日 | 男・女 | |
| 利用を希望する期間 | 令和　年　月　日から | | ☐ 小学校就学前まで<br>☐ 令和　年　月　日まで | | |
| 利用希望施設（希望する施設に☑してください） | ☐ 千城台東認定こども園 | | | | |
| | ☐ 幸認定こども園 | | | | |
| | **併願する場合は、両方「☑」し、第一希望施設名を記入してください。** | | 第一希望（　　） | | |
| 保育所等の利用（２号認定利用の併願） | ☐ 無 | | | | |
| | ☐ 現在、保育所等に在籍中 施設名（　　） | | | | |
| | ☐ 現在、保育所等を申込中 第一希望施設名（　　） | | | | |
| 障害のある児童の優先について（該当される方のみ記入） | 障害のある児童を優先した選考を希望しますか。 | | | | |
| | ☐ 希望する | | | | |
| | ☐ 希望しない | | | | |

**児童の健康状況について**

| | |
|---|---|
| 健康状態等（該当する項目に☑してください） | 健康診査　☐ 無　☐ 有 |
| | ※有の場合は、☑してください。時期（ ☐４か月児検査　☐１歳半児検査　☐３歳児検査） |
| | 指摘事項の有無 ☐ 無　☐ 有（内容：　　） |
| | 保健師への相談 ☐ 無　☐ 有（内容：　　） |
| | 過去に大きな病気をしたことがありますか。　☐ 無　☐ 有 |
| | ※有の場合　病名（　　） |
| | 現在の状況　☐ 完治　☐ 経過観察　☐ 治療中 |
| | 心身の発達の相談　☐ 無　☐ 有 |
| | ※有の場合　機関名（　　） |
| | いつから（　年　月から）　症状（　　） |
| | 障害者手帳等の取得　☐ 無　☐ 有 |
| | ※有の場合　種類（　　）　等級（　） |

**※申請受付後、上記内容を確認し必要に応じ面接を実施させていただく場合がありますので予めご了承ください。**

通知書番号※この欄には記入しないでください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |

# 記載例

受付印

## 千葉市立認定こども園（1号認定児童）利用申請書

（あて先）千葉市長

令和　○　年○月○日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者（保護者） | 住所 | 〒２６０－００００<br>千葉県千葉市中央区千葉港２番１号 | 連絡先電話番号（主な連絡先を一番上に記入してください）<br>・ ○○○－××××－△△△△（父携帯・母携帯・自宅）<br>・ ○○○－××××－□□□□（父携帯・母携帯・自宅）<br>・ ▲▲▲－××××－◎◎◎◎（父携帯・母携帯・自宅） |
| | 氏名 | 千葉　太郎<br>（注）自署でない場合は、記名押印してください。 | |
| | 連絡先電子メールアドレス | chiba.tarou　@　○○○.Jp | |

千葉市立認定こども園（1号認定児童）の入園（利用）について、次のとおり申し込みます。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請に係る子ども | フリガナ | チバ　ミドリ | 生年月日 | 性別 / 保護者との続柄 |
| | 氏名 | 千葉　みどり | 平成29 年 12 月 3 日 | 男・女 / 次女 |
| 利用を希望する期間 | 令和　4　年　4　月　1　日から | | ☑ 小学校就学前まで<br>☐ 令和　年　月　日まで | |
| 利用希望施設（希望する施設に☑してください） | ☑ 千城台東認定こども園<br>☑ 幸認定こども園 | | | |
| | 併願する場合は、両方「☑」し、第一希望施設名を記入してください。 | | 第一希望（ 幸認定こども園 ） | |
| 保育所等の利用（２号認定利用の併願） | ☐ 無<br>☑ 現在、保育所等に在籍中 施設名（ ●●●保育園 ）<br>☐ 現在、保育所等を申込中 第一希望施設名（ ） | | | |
| 障害のある児童の優先について（該当される方のみ記入） | 障害のある児童を優先した選考を希望します<br>☑ 希望する<br>☐ 希望しない | | | |

希望しないを選択した場合は、障害のある児童としての選考は行いません。

**児童の健康状況について**

| | |
|---|---|
| 健康状態等（該当する項目に☑してください） | 健康診査　☐ 無　☑ 有<br>※有の場合は、☑してください。時期（ ☑４か月児検査　☑１歳半児検査　☑３歳児検査）<br>指摘事項の有無　☐ 無　☑ 有（内容：言葉の遅れ　）<br>保健師への相談　☑ 無　☐ 有（内容：　）<br>過去に大きな病気をしたことがありますか。　☑ 無　☐ 有<br>※有の場合　病名（　）<br>現在の状況　☐ 完治　☐ 経過観察　☐ 治療中<br>心身の発達の相談　☐ 無　☑ 有<br>※有の場合　機関名（ 千葉市療育センター ）<br>いつから（平成30年　4　月から）　症状（ 言葉の遅れ ）<br>障害者手帳等の取得　☑ 無　☐ 有<br>※有の場合　種類（　）　等級（　） |

受診済みの健康診査に☑をつけてください。

**※申請受付後、上記内容を確認し必要に応じ面接を実施させていただく場合がありますので予めご了承ください。**

通知書番号※この欄には記入しないでください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |