

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) ・ (父携帯・母携帯・自宅) ・ (父携帯・母携帯・自宅) ・ (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	フリガナ		生年月日	保護者との続柄
	氏名		年　月　日	
利用を希望 する期間	令和　　年　　月　　日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 千城台東認定こども園 <input type="checkbox"/> 幸認定こども園			
	併願する場合は、両方「☑」し、 <u>第一希望施設名を記入してください。</u>		第一希望 ()	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在、保育所等に在籍中施設名 () <input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> 希望する			
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください)	健康診査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	※有の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。時期 (<input type="checkbox"/> 4か月児検査 <input type="checkbox"/> 1歳半児検査 <input type="checkbox"/> 3歳児検査)	
	指摘事項の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)	
	保健師への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)	
	過去に大きな病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	※有の場合 病名 ()	
	現在の状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中	
	心身の発達の相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。

通知首當子末二個月後即入夏矣。不可犯也。