

利 用 施 設 （ 事 業 ） 変 更 希 望 届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

保護者 住 所

氏 名

電話番号

メールアドレス

@

次のとおり利用施設（事業）の変更を希望します。

児 童 氏 名	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	(年 月 日生)	(年 月 日生)	(年 月 日生)
現 在 利 用 施 設 （ 事 業 ） 名			
変 更 希 望 施 設 （ 事 業 ） 名 (※上限第 30 希望まで)	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望
変 更 希 望 年 月 日	年 月 1 日 ※月途中での変更はできません。		
変 更 希 望 理 由 ※該当事由に○をしてください	1 転居のため (1)住所 (2)連絡先電話 (3)転居予定日 年 月 日 (4)同居家族の変更 なし・あり ※ありの場合は「支給認定申請内容変更届」の提出が必要です。 ⇒具体的に 2 勤務先の変更のため ※勤務時間、勤務日数が変わる場合は「支給認定変更申請書」の提出が必要です。 ⇒具体的に 3 その他		
きょうだいで同時に 申し込む場合 ※該当事由に☑をしてください	●きょうだいが待機または、別々の園に入園になる場合（当てはまるものを1つだけチェック） ☐ 一人でも入園できれば入園する。 ☐ 別々の園でもよいが、同時期でなければ入園しない。 ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に入園できなければ全員が不承諾となります。 ☐ 同時期に同じ園に入れなければ入園しない ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に同じ園に入園できなければ全員が不承諾となります。 ●きょうだいが同じタイミングで入園ができる場合（当てはまるものを1つだけチェック） ☐ 下位でも同じ園に入園を優先する。 ☐ 希望順位を優先する ※別々の園に入園となる場合があります。		
現在の施設（事業）の利用 ※該当事由に○をしてください	1 変更が決定するまで現在の施設（事業）を利用する。 2 変更の可否によらず現在の施設（事業）は利用しない。 ※2の場合は「施設(事業)利用取止め届」の提出が必要です。提出がない場合は、利用の実態がなくとも保育料が発生しますのでご注意ください。		
現在の児童の健康状態等(アレルギーの有無・病歴・通院歴)	アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無 心身の発達の相談 ☐ 有 ☐ 無 その他 ()		
確 認 事 項 ※必ずご一読ください	4月の入園において、利用中の園からの転園、または当初内定した園からの変更が内定した場合は、内定前の園を利用することができなくなります。		

施設(事業)利用申請書補助票(施設変更申請用)

1 児童の状況について

児童の状況	出産状況	出生時異常: ☐ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他() ☐ 早産(出産予定日: 年 月 日) 出生体重(グラム)	
	体質	☐ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☐ 熱がしやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がしやすい ☐ 湿疹がしやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☐ 無 ☐ 有 ☐ 食物アレルギーがある(食品・食材名:) ※食物アレルギーがある場合は、入院後に保育所生活管理指導表を提出していただきます。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)	
	現在の状況	・首がすわったのは (か月ごろ) ・おすわり (か月ごろ) ・歩き始めたのは (か月ごろ) ・寝返りができたのは (か月ごろ) ・ハイハイができたのは (か月ごろ)	
		・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☐ いいえ ・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☐ いいえ ・名前を呼ぶと振り向きますか ☐ はい ☐ いいえ ・目はよく見えていますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 ・耳はよく聞こえていますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明 ・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ おうむがえし ☐ 喃語の発声がある ☐ 話せないと言われることは理解できる ☐ 話せないし理解もしていない ・あやしかけに反応しますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明	
		健康診査: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査) 指摘事項: ☐ 無 ☐ 有 (内容:) 保健師への相談: ☐ 無 ☐ 有 (内容:)	
	健康状態 病歴等	今までにかかった病気 ・心臓病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・じんぞう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常)手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有() ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:) 医療的ケアの実施: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他() ひきつけの経験: ☐ 無 ☐ 有 有の場合、 ☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:) 現在内服薬等はありませんか: ☐ 無 ☐ 有(薬名:) 心身の発達の相談: ☐ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☐ いいえ ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:) 障害者手帳等の取得: ☐ 無 ☐ 有(種類: 等級) 障害児(要配慮)保育の希望: ☐ 無 ☐ 有 (※状況を聞き取る面接や診断書等の提出が必要です。)	
その他	宗教上の理由により、食べられない食品はありますか ☐ 無 ☐ 有() その他、配慮が必要なことはありますか ☐ 無 ☐ 有() 日常生活で使用している言語(※日本語以外の場合に記入してください。) ()		
	上記以外で 伝えておきたいこと		