

入 所 確 認 書

児童名 _____ 生年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____)

【留意事項】

- ・ 保育所等は1日入所、月末退所が原則です。
- ・ ならし保育等を行う場合は、入所日以降に行うこととなります。その際の保育料は、月額料金となりますので、利用時間によって減額されることはありません。
- ・ 育児休業取得中の方で、例えば、4月1日入所をする場合は、職場復帰を遅くとも5月1日までにしてください。5月2日以降の復帰の場合、入所資格がなくなり遡及しての退所となります。
- ・ 育児休業中での申請の方は、職場復帰後2週間以内に復職した旨の就労証明書を提出してください。提出されないときは、退所となる場合があります。

※保育所等入所についての意向を確認するものです。以下の項目について、該当する箇所に☑をしてください。

【申請児童の入所に関する項目】

- (1) 育児休業取得中での申請の方について、職場復帰（予定）はいつですか。(_____ 月 _____ 日)
- (2) 記載した希望園に空きがない場合は別の保育所でも入所を希望しますか。
☐希望園でなければ入所しない※ ☐希望園以外の別の保育所でも入所を希望する
 ※他に入所できる施設があった場合は、保育園に入所できない旨の入所保留通知書は発行できません
- (3) 保育施設等の利用調整において、順位を下げることに同意される場合は、以下の□にチェックを記入してください。

※順位を下げた場合、保育施設等に入所できる可能性が低くなります。(入所する可能性もあります。) 十分にご検討のうえ、記入してください。

※保留となった場合に育児休業の延長が可能等の理由がある方向けです。

☐	この申請児童について、利用調整において順位を下げることに異議ありません。
--------------------------	--------------------------------------

【きょうだい入所の場合の確認】

- (1) 在園中のきょうだいがいますか。 ☐無 ☐有 (_____ 保育園・こども園・幼稚園)

令和9年4月入所申込の場合のみお聞きします。

きょうだいがある場合、きょうだいの希望について

☐現在の園継続希望 ☐転園希望→(第1希望: _____)

- (2) きょうだい同時申込みで、同じ保育所等で全員分の入所枠が確保できない場合
 きょうだい第1希望、第2希望等に入所施設が分かれる場合どうされるかお伺いします。
☐ 同じ保育所等にきょうだい一緒になければ入所しない
 (赤湯ふたば保育園、赤湯乳幼児保育センターの場合は、同一施設として記載ください)
☐ 別々の保育所等でも入所したい

【入所待機となった場合の対応について】

ご希望の時期に入所できなかった場合、どうされるかお伺いします。

☐ 認可外施設を利用する(市外施設のみ)

- ☐ 幼稚園、児童館を利用する（満3歳から）
☐ 育休を延長する ⇒ 父 ・ 母
☐ 親族を頼る ⇒ 祖父母・その他（ ）
☐ 就職時期を延ばす ☐ その他（ ）

【児童の状況について】

- ・ 保育園、認定こども園等の利用にあたり、状況を確認することで、保育所等において安全にお預かりするための体制づくりを目的としてお聞きするものです。
- ・ この記載内容により入所調整に影響があるものではありません。
- ・ 記載内容により必要な場合、市が保有している乳幼児健診などの個人情報を閲覧します。また、入所にあたり主治医からの診断書等の提出を求める場合があります。
- ・ 記載において虚偽があった場合は、保育所等への入所が取消となる場合がありますのでご注意ください。

※保育所等入所にあたり安全にお預かりするための保育体制を整えるため、現在のお子さんの状況を確認するものです。以下の項目について、該当する箇所に✓をしてください。

(1)現在の保育状況についてお伺いします。

☐ 自宅で保育している

主な保育者はどなたですか。

☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他（ ）

☐ 育児休業（産休含む）→ 年 月 日まで

☐ 自宅外に預けている

☐ 認可外保育施設 （施設名 ）

☐ 幼稚園 （施設名 ）

☐ その他（ ）

(2) 乳幼児健診の受診状況についてお伺いします。

3～4ヶ月健診 ☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診／2歳児歯並び一教室 ☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診

1歳児健康相談 ☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診／3歳児健診 ☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診

1歳6ヶ月健診 ☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診

以前の乳幼児健診で指導・助言を受けた場合に記載ください。

内容（ ）

発達や言葉のことで、病院や療育センター等に相談している場合に記載ください。

病院・施設名（ ）

相談内容・診断名（ ）

お子さんが手帳等をお持ちの場合に記載ください。

☐ 身体障害者手帳（ 級） ☐ 療育手帳（ A ・ B ） ☐ 特別児童扶養手当認定（ 級）

☐ その他（ ）

(3) その他健康・発達等で気になることがあればご記入ください。
