

松の実こども園利用（1号）申込書

新規（市内・市外）入園申込・在園継続（市内・市外）申込・広域入園申込

令和 年 月 日

松の実こども園園長 殿

保護者氏名

印

次のとおり施設利用を申し込みます。

申込児童	氏名	生年月日	性別	障害児保育 希望の有無
	(ふりがな)	平成 令和	男・女	有・無
		年 月 日		
住所・ 連絡先	(住所)			
	① 携帯番号 (父)	① 携帯番号 (母)		
	② 勤務先 (父)	② 勤務先 (母)		
	③ 緊急連絡先	③ 緊急連絡先		

① 申込児童の状況

現在の 保育状況	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園利用中（施設名： _____ ） <input type="checkbox"/> 職場で保育※自営業・内職含む
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育（保育者： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 自宅外で保育（保育者： _____ ）
児童の 発育状況	<input type="checkbox"/> 良好 ・ 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 病歴・持病（病名： _____ ）
	その他気になること（ _____ ）

② 世帯の状況（児童と同居している方全員を記入してください）

区分	氏名	続柄	生年月日	勤務先又は学校名	保育を必要とする事由
保護者		父	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 就労 疾病 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 就学 <input type="checkbox"/> その他
		母	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 就労 疾病 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職 就学 <input type="checkbox"/> その他
子どもの 世帯員					
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者のいる世帯（手帳 有 ・ 無 ）					

③ 利用を希望する期間

利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
--------	---------------------

## 松の実こども園利用に関する確認兼同意書・誓約書

※以下の確認事項及び同意事項を良くお読みのうえ、署名をお願いします。

### ○ 給付認定に関する確認事項

チェック	内 容
<input type="checkbox"/>	1号の給付認定に関しては、南城市が認定を行います。給付認定申請書は、必ず提出してください。当園を経由して市へ提出可能です。

### ○ 当園の利用申込み利用方法・選考について

<input type="checkbox"/>	当園の利用を希望する場合は、事前の見学や保育内容を理解した上で、確認し同意いたします。
<input type="checkbox"/>	入園案内及びその他の関係書類に関して全てお読みになり、理解したものと対応します。
<input type="checkbox"/>	保育士数、保育状況等により受入人数が決まります。また、退園等により空きがある場合に選考を行いますので、希望する月に必ず入園できるとは限りません。
<input type="checkbox"/>	保育料や給食費を2か月以上滞納した場合は退園してもらう場合があります。
<input type="checkbox"/>	入園希望者が多数の場合は、運営規程に記された下記の選考方法により入園者を決定します。(1) 当園の所在地在住の方 (2) 当園にきょうだいが在園している児童 (2号から1号への変更等) や卒園児のきょうだい (3) 南城市在住の方 (4) 南城市外在住の方 (5) 法人理念、教育方針を十分理解している方
<input type="checkbox"/>	入園の内定又は決定後、当園での面談及び健康診断等により、集団保育に適さないと判断された場合は、入園できないことがあります。

### ○ 本園利用決定後の確認事項

<input type="checkbox"/>	世帯状況が変わった場合は、速やかにご連絡下さい。(勤務状況の変更・退職・求職等)
<input type="checkbox"/>	利用開始後、お子さんの健康状態、発達の状況や集団の保育状況等について、保護者と連携を図り必要に応じて南城市子育て支援課や関係機関と適切な支援に繋ぐ調整を行います。

松の実こども園園長 殿

松の実こども園の利用申込みにあたり、以上の記載事項について確認し同意します。

(署名欄)

同意・誓約年月日                      令和                      年                      月                      日

年 月 日

一時預かり保育利用申請書

社会福祉法人松信福祉会  
松の実こども園園長殿

保護者氏名

次のとおり、預かり保育を利用したいので申請します。

園名	社会福祉法人松信福祉会 松の実こども園		組名	
ふりがな			生年月日	
幼児氏名			平成・令和 年 月 日生	
現住所				
利用希望日 (または期間)	令和 年 月 日 ( ) から	令和 年 月 日 ( ) まで		
土曜日利用	希望します ・ 希望しません		※○印を付けてください。	
健康状態(アレルギー等)				
ふりがな				
保護者氏名	父		母	
連絡先				
保護者勤務先	職場名		職場名	
	電話		電話	
【預かり保育申請理由】				