

いちかわ保育ルーム事業利用変更申込書

年 月 日

市川市長

下記のとおり、いちかわ保育ルームの変更を申し込みます。また、利用の承諾に当たり市が保有する個人情報をいちかわ保育ルームに提供することに同意します。

記

児童氏名	生年月日	現在利用のいちかわ保育ルームの名称
ふりがな	年 月 日	

家族構成	住所	〒 マンション名など				
	児童の保護者 (申込者)	氏名	続柄	生年月日	年齢	連絡先(父母)及び職業等
			父			
			母			
	同居家族					

希望保育所等	第1希望	第2希望

変更希望時期	年 月 利用から希望します。
--------	----------------

いちかわ保育ルーム変更の理由 (該当に○をしてください。)	1 兄弟姉妹と同じいちかわ保育ルームに通わせたいため。 2 現在利用のいちかわ保育ルームが自宅・勤務先から遠いため。 3 転居のため。(転居日 年 月 日頃) 新住所 4 その他(詳しく記入してください。)
----------------------------------	---

☆兄弟姉妹について同時にいちかわ保育ルームの変更を希望する場合(該当する方のみ記入してください。)

1人のみ変更が可能な場合、	<input type="checkbox"/> 同時に同じいちかわ保育ルームに変更できる場合のみ希望する。 <input type="checkbox"/> 同時に変更できるなら別のいちかわ保育ルームでもよい。 <input type="checkbox"/> 1人だけでも変更を希望する。 この場合の順番は、(上の子から・下の子から・変更可能な子から)変更を希望する。
---------------	---

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください

●大事なことになりますのでお読みいただいてチェックをお願いします。

申込にあたっての確認事項	1	利用抽選に必要な書類は、申込み締切日までに必ず提出してください。書類の提出がない場合は、利用抽選ができないことがあります。	<input type="checkbox"/>
	2	申込み後に、いちかわ保育ルームを利用する必要がなくなった場合は、取下届を提出してください。	<input type="checkbox"/>
	3	申込み後に、申込内容(家庭状況、児童の健康状況等)に変更がある場合は、届出が必要になります。	<input type="checkbox"/>
	4	申込み内容が事実と異なる場合、利用内定や利用承諾を取り消すことがあります。	<input type="checkbox"/>
	5	いちかわ保育ルームは、給食・おやつを提供はありません。	<input type="checkbox"/>
	6	いちかわ保育ルームは認可保育所における延長保育の取扱いはありません。	<input type="checkbox"/>
	7	いちかわ保育ルームを利用することで、認可保育施設への入所を保障することはできません。	<input type="checkbox"/>
	8	いちかわ保育ルームの利用料を滞納している方は申込みできません。	<input type="checkbox"/>
	9	過去に心臓、腎臓、肝臓疾患の既往歴がある場合は指導表又は診断書の提出が必要になります。提出がない場合は利用抽選にかけられない場合があります。	<input type="checkbox"/>
	10	入園日前日までに入園面接を受けられない場合は入園内定が取り消しになる場合があります。また、状況に応じて健康診断をして頂く場合がありますが、その結果によっては入園内定が取り消しになる場合があります。	<input type="checkbox"/>
	11	個別に配慮が必要となる児童は、面接や診断書の内容により利用できない場合があります。	<input type="checkbox"/>
	12	希望の保育施設を変更する場合は、変更希望月の申込み締切日までに「希望施設変更届」を提出することにより変更が可能です。	<input type="checkbox"/>
	13	いちかわ保育ルームを利用する場合には、他の認可保育所、簡易保育園、一時預かり事業の同時利用はできません。(ただし、補助金対象外の簡易保育園の利用やベビーシッター等の利用を除きます。)	<input type="checkbox"/>
利用者の確認事項	1	利用を開始した後、申込内容(家庭状況、幼児の健康状態等)に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。	<input type="checkbox"/>
	2	いちかわ保育ルーム利用に必要な事由が求職中に変更になった方は、2ヶ月以内に就労を開始し、就労証明書を提出してください。	<input type="checkbox"/>
	3	いちかわ保育ルーム利用に必要な事由が求職中の方は、利用開始後2ヶ月以内に就労を開始し、就労証明書を提出してください。	<input type="checkbox"/>
	4	いちかわ保育ルーム利用の必要な事由がなくなった場合は、利用を辞退していただきます。	<input type="checkbox"/>
	5	いちかわ保育ルーム利用の要件は、保護者が月64時間以上120時間未満勤務をしていることです。	<input type="checkbox"/>
	6	利用中に市川市外へ転出した場合には、転出した時点で利用を中止させていただきます。	<input type="checkbox"/>
	7	利用料を滞納した場合には利用の承諾を取り消します。	<input type="checkbox"/>
	8	保育中に連絡が取れない、利用時間内にお子さんを引取に来ないなどの場合は、利用をお断りする場合があります。	<input type="checkbox"/>
	9	お弁当・おやつを持参しなかった場合には、利用ができません。	<input type="checkbox"/>

利用申込みにあたり、以上のことを確認しました。

年 月 日 保護者氏名 _____

市川市記載欄

受付年月日	年 月 日
受付番号	

家庭の状況

祖父母の状況	氏名		年齢	住所	就労状況
	父	祖父		同居・別居()・死別	有・無
	方	祖母		同居・別居()・死別	有・無
	母	祖父		同居・別居()・死別	有・無
方	祖母		同居・別居()・死別	有・無	

児童の健康調査

妊娠期間・分娩の状況・出産した病院	()週 正常・帝王切開・吸引分娩・その他() ()病院
出生時の状況	正常・仮死・チアノーゼ・ひきつけ・低体重・未熟児(保育器に 日間入った)
	強い黄疸(母乳中止・光線療法・交換輸血)・その他()
現在の状況	体重 g 身長 cm 頭囲 cm
乳児期の発達状況	首すわり()ヶ月 ねがえり()ヶ月 おすわり()ヶ月 はいはい()ヶ月 つたい歩き()ヶ月 歩きはじめ()ヶ月
定期健診の受診状況	1ヶ月・3~4ヶ月・6~7ヶ月・9~10ヶ月・1歳6ヶ月・3歳
定期健診の受診の際に気になったことはありますか	ない・ある(()歳()ヶ月健診：内容())
アレルギーについて	ない・ある(卵・牛乳・小麦・大豆・その他())・不明
食物制限について	ない・ある()
ことばについて	<input type="checkbox"/> 人に向かっておしゃべりしようとする <input type="checkbox"/> 「ワンワンきた」など2語文を話す <input type="checkbox"/> パパ、ママ、マンマなどが言える <input type="checkbox"/> 自分の名前や物の名前をかなり言うことができる <input type="checkbox"/> 「〇〇ちょうだい」と言われ、もってくる <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと会話をすることができる
薬の使用	ない・ある(名称：) (朝・昼・夕) (飲み薬・塗り薬) いつから(年 月) どのようなときに()
ひきつけ・けいれんについて	ない・ある(ヶ月頃 度で 分くらいを 回) 服薬：(朝・昼・夕)
病気・症状について	熱を出しやすい・ぜいぜいしやすい・下痢をしやすい・風邪をひきやすい・脱臼しやすい
湿疹がでやすいですか	いいえ・はい(できた時の対応：食事制限・服薬・塗薬・その他())
視力・聴力が気になって受診したことがありますか	いいえ・はい(医療機関：)
身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか	いいえ・はい(種 級 ・療育手帳 程度)・申請中
過去に大きな病気等にかかったことはありますか	いいえ・はい(心臓疾患・腎疾患・肝疾患・喘息・アトピー・川崎病・その他) 病名()・年齢(歳)・医療機関()
現在治療中の病気等はありませんか(経過観察を含む)	いいえ・はい 病名()・年齢(歳)・医療機関()
上記について、症状や治療の状況を詳しく記入ください	
ご家族でご病気の方はいらっしゃいますか	いいえ・はい(続柄： 病名：) (続柄： 病名：)
健康・発達のことで専門機関に相談・通所されたことはありますか	いいえ・はい (相談施設名：) ・相談内容 () 相談機関に連絡をとらせて頂いてもよろしいですか はい・いいえ
保育園に伝えておきたいこと、健康・発達のことで気になることを詳しく記入してください	