

(表)
地域型保育事業所連携施設入所継続届

注意事項		・①～③に当てはまらない場合は、こちらの用紙をご利用ください。 ・ 連携施設以外 の施設に内定された場合、連携施設への確保してた 入所枠はなくなります 。 ・連携施設以外の施設への入所審査は、 新規の方と同様の基準 で行います。														
1	希望確認	☐	④ 令和7年4月以降、連携施設と連携施設以外の施設を 同時に申請を希望 する → 裏面含め、ご記入をお願いします。													
2	保護者	フリガナ					住所	〒 - 鎌倉市								
		氏名					住所	鎌倉市								
		日中の連絡先(優先①)	父・母・その他() TEL: - -				日中の連絡先(優先②)	父・母・その他() TEL: - -								
		1月1日時点の住民登録地		R6.1.1時点		父: ☐ 鎌倉市 ☐ 市外()市) 母: ☐ 鎌倉市 ☐ 市外()市)										
3	在園児童	フリガナ					在園施設名					生年月日	性別	続柄	障害等手帳	
		氏名					クラス年齢	歳児クラス (R7.4.1時点)				年 月 日生	男・女	第()子	有・無	
※同居の家族(別居でも生計が一な者を含む)を すべて ご記入ください。																
4	父母・同居(在園児童を除く)	続柄	フリガナ					生年月日					勤務・通学・通園先などの名称	居住		
		父	氏名					年 月 日生						☐ 同居 ☐ 別居		
		続柄	フリガナ					生年月日					勤務・通学・通園先などの名称	居住		
		母	氏名					年 月 日生						☐ 同居 ☐ 別居		
		続柄	フリガナ					生年月日					勤務・通学・通園先などの名称	居住		
		()	氏名					年 月 日生						☐ 同居 ☐ 別居		
		続柄	フリガナ					生年月日					勤務・通学・通園先などの名称	居住		
		()	氏名					年 月 日生						☐ 同居 ☐ 別居		
		続柄	フリガナ					生年月日					勤務・通学・通園先などの名称	居住		
()	氏名					年 月 日生						☐ 同居 ☐ 別居				
※入所後、現時点の状況に当てはまるものがございましたら、下記にチェックをお願いいたします。 (なお、添付書類については、コピーで構いません。既にご提出済みでしたら、添付不要です。)																
5	生活保護	☐	受給している → 生活保護受給証明書													
	ひとり親	☐	該当している → 保育施設入所等に関する状況の申立書又は離婚届の受理証明書													
	ご出産	☐	予定がある → (ご予約日: 年 月 日) ※「入所継続届の提出について」をご確認の上、該当する書類をご提出ください。													
	障害等	☐	家族に療育又は障害者手帳の保有者がいる→(氏名: 続柄:)													
6	希望保育内容	期間	年 月 日 から 年 月 日 ・ 就学前 まで													
		曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土													
		時間	平日: 時 分 ~ 時 分 / 土曜日: 時 分 ~ 時 分													
		保育必要量	☐ 保育標準時間		☐ 保育短時間		※保育必要量は、保育を必要とする事由・状況等を認定基準に照らし合わせて決定します。よって、希望と異なる場合もありますので、あらかじめご了承ください。									
7	(連携施設を含む)	第1希望					第3希望									
		第2希望					第4希望									
		見学(済・未) 見学(済・未)														
		☐	第5希望以降の希望園を別紙に記入しました。(第5希望以降を記載した場合は、必ず左記にチェックをいれてください。)													

【裏面あり】

(裏)

(1) 保育所等実施継続に関する確認

下記内容を確認し、確認ができた項目に対して確認欄にチェックをしてください。

番号	確 認 項 目	確認欄
①	本紙の内容に疑義が生じた場合、電話や訪問等により確認し、虚偽等があった場合は、保育の実施継続を取消すことがあります。	☐
②	期日までにご提出が無かった場合や保育所等入所要件に該当しなくなった場合は、退所になります。	☐
③	保育料決定等のために必要な個人情報を閲覧すること、また提出した書類等の内容について利用する保育所等と情報を共有します。	☐
④	保育所等の利用時間は、就労時間及び通勤時間を基に園と調整し、時間は厳守してください。	☐
⑤	保育料は、納期限までに必ず納めるようにしてください。	☐
⑥	保育所等は、保護者の方が保育できない時間をお子様の預かり時間としています。保護者のどちらかが仕事が休みの日は、ご自宅での保育になります。	☐

(2) 児童調査票

必要箇所に記入、該当する口にチェックしてください。

乳幼児健診	① 受診したものにチェックしてください。
	☐ 4か月 ☐ 6か月 まんまる一歩 ☐ (お誕生日前) 10～12か月 ☐ 1歳6か月 ☐ 3歳
	② 様子をみるように言われたことなどがありましたら、 具体的 にご記入ください。
発達・発育	③ 発達・発育に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか。
	☐ ない ☐ ある → 相談先:
	相談・助言内容:
健康状態	☐ 良好 ☐ その他 ()
病気・持病・障害	④ 現在(過去)に定期的な通院や入院をしたことがありますか？
	☐ ない ☐ ある 通院(歳 ヶ月頃 / 月 回程度) 入院(歳 ヶ月頃 / 期間 日間)
	(病名 / 病院名)
	⑤ 持病や治療中の病気はありますか。(ぜんそくや心臓疾患、熱性痙攣など)
	☐ ない ☐ ある 病名() 症状()
	⑥ 現在、服薬をしていますか？
	☐ ない ☐ ある (回数 回 / 日) (□朝 □昼 □夕 □寝る前) (くすりの名称)
	⑦ 障害者手帳をお持ちですか？
	☐ ない ☐ ある (級) (障害名)
アレルギー	⑧ 療育手帳をお持ちですか？
	☐ ない ☐ ある (□ A1 □ A2 □ B1 □ B2)
	⑨ アレルギーはありますか。「ある」の場合は⑩～⑭をご回答ください。(宗教上の理由で摂取ができない場合もご記入ください)
	☐ ない ☐ ある → ☐ 卵白 ☐ 卵黄 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ その他 ()
	⑩ ⑨で「ある」の場合、医師の診断に基づいていますか。
	☐ 基づいている(病院名) ☐ 基づいていない
	⑪ ⑨で「ある」の場合、摂取または接触したときの、アレルギーの症状及び必要な対応を詳しくご記入ください。
	⑫ ⑨で「ある」の場合、これまでにアナフェラキシーショックを起こしたことがありますか。
その他	☐ はい(時期:) ☐ いいえ
	⑬ ⑨で「ある」の場合、エピペンをお持ちですか。
	☐ 持っている ☐ 持っていない
	⑭ ⑨で「ある」の場合、保育所等で食事をとる際などに、除去等の特別な対応を必要としますか。
	☐ 必要 → 具体的な除去内容をご記入ください。() ☐ 不要