

転園申込書

(宛先)鎌倉市長

記入日

年 月 日

以下の項目に同意の上、次のとおり申し込みます。

・市で保管する住民記録情報・税情報・その他入所に必要な情報について鎌倉市職員が確認することがあります。記載内容は、認定や給付に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
 ・4月入所(転園)の場合は審査に時間を要することから、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。記載内容に事実との相違があった場合、入所が取り消しとなることがあります。
 ・転園が内定した場合、元の園には別の方が内定することから、内定辞退はできません。また、転園で入所した場合においても、ならし保育が必要となります。
 ・申込は入所希望月の属する年度の3月末まで有効です。市外へ転出された場合は、無効(取下げ)となります。

申請者 (保護者)		住所	〒 - 鎌倉市	
連絡先 (優先1)	父・母・その他() TEL: - -	連絡先 (優先2)	父・母・その他() TEL: - -	

1 希望入所月・転園理由

希望入所月	転園を希望する理由
年 月 から	☐ 兄弟姉妹と同じ園を希望する ☐ その他() ☐ 地域型保育事業(小規模保育、家庭的保育など)を卒園する

2 申請児童

児童氏名	生年月日	クラス (R8.4.1)	現在在籍している園名	性別	障がい者 手帳等
(フリガナ)	年 月 日	歳児		☐ 男 ☐ 女	☐ 有

3 申請内容

希望時間・施設	保育曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土		保育時間	平日 : 時 分～ 時 分 土曜日 : 時 分～ 時 分	
	第1希望	見学済(R 年 月 日)・未見学		第3希望	見学済(R 年 月 日)・未見学	
	第2希望	見学済(R 年 月 日)・未見学		第4希望	見学済(R 年 月 日)・未見学	
	☐ 第5希望以降の希望園を別紙に記入しました。(必ずチェックをいれて別紙を添付してください。)					
同居の家族等・家庭の状況	続柄	申請児童を除く同居の家族等 (別居の同一生計者含む)	生年月日	勤務・通学・通園先などの名称	同居・別居	障がい者 手帳等
	父	(フリガナ)	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
	母	(フリガナ)	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
	()	(フリガナ)	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
	()	(フリガナ)	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
	()	(フリガナ)	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
祖父母の状況	父方	祖父	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
		祖母	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
	母方	祖父	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有
		祖母	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有

★裏面に続く

受付

4 世帯・保護者の状況の確認

ひとり親	☐	該当している →新たに該当する場合、離婚届の受理証明書又は保育施設入所等に関する状況の申立を提出
生活保護	☐	受給している →新たに該当する場合、生活保護受給証明書を提出
里親世帯	☐	里親である
	☐	里子と養子縁組をした(実子となった日： 年 月 日)
出産予定	☐	予定がある →新たに該当する場合、「教育・保育給付認定変更申請書」、①母子手帳の表紙の写し、②出産(分娩)予定日の記載があるページの写しを提出
保護者が 単身赴任	☐	該当する →新たに該当する場合、単身赴任期間の記載がある就労証明書を提出 単身赴任の居住住所： 単身赴任予定期間： 年 月 日から 年 月 日まで
保護者が 長期入院	☐	該当する →新たに該当する場合、入院期間等の記載がある診断書を提出 病院名： 入院期間： 年 月 日から 年 月 日まで

5 その他の確認

児童調査票の作成	
☐	児童調査票に必要事項を記載し、添付した
保育の必要性(保育要件)を確認する書類について、該当にチェック☑してください	
☐	保育の必要性(保育要件)を確認する書類を添付した → 父・母・その他()
☐	申込締切日から直近3カ月以内に、保育・幼稚園課に提出済みであり、変更がないため省略する → 父・母・その他()
同じ希望入所月に2人以上申込み(新規、転園)をする場合の条件 ※これより詳細な条件設定はできません。	
①～③の1つにチェック☑を入れてください。②～③については、分岐にもチェック	
① ☐ 同月に同じ園でのみ入所を希望する(それ以外は入園せず待機する)	
② ☐ 同月に転園することを優先し、兄弟で異なる園に入所でもよい	
☐ 希望順位が低い園でも、同じ園への入所を優先	
☐ 別々の園への入所となっても、それぞれの希望順位の高い園への入所を優先	
③ ☐ 1人だけでも転園でできればよい	
☐ 上の子だけでも(下の子のみ内定となる場合は、入所せず待機する)	
☐ 下の子だけでも(上の子のみ内定となる場合は、入所せず待機する)	
☐ どちらでも可	
保護者が育児休業中の場合の確認事項 ※育児休業中の場合は、必ずチェック☑してください	
☐	転園が決定した場合、転園した日の翌月1日までに、育児休業を終了して復職する (地域型保育事業を卒園し、転園する場合を除く)

(市使用欄)

申請時	転園申請入力	認定/変更なければ不要	その他フラグ

決定後	入退所切替、新2解除	認定/変更なければ不要	契約解除・入力

【申請時】

世帯員	☐ 一致	☐ 不一致	
保育要件(父)	☐ 変更なし	☐ 変更あり	(母) ☐ 変更なし ☐ 変更あり
就労証明書	☐ 該当なし	☐ 短時間認定 月64時間以上120時間未満	☐ 標準時間認定 通勤通学・シフト考慮 ☐ 標準時間認定 月120時間以上
障害世帯	☐ 該当なし	☐ 手帳の写し	☐ システム入力、チェック
ひとり親	☐ 該当なし	☐ 証明書()	☐ 申立書 ☐ システム入力、チェック
生活保護	☐ 該当なし	☐ 生活保護受給証明書	☐ システム入力、チェック
里親世帯	☐ 該当なし	☐ 証明書()	☐ システム入力、チェック
出産予定	☐ 該当なし	☐ 支給認定変更申請書	☐ 母子手帳の写し
不足書類	日付()	連絡者()	内容()
内定辞退不可の確認	日付()	連絡者()	☐ 地域型の卒園のため不要

(表面)
児 童 調 査 票

B

申請 児童	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					

次の項目に、それぞれお答えください。回答内容により、診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

出産時の状況	出生歴	第 子	胎児週	週	分娩	正常分娩・帝王切開・その他 ()		
	身長	cm	出生体重	kg	頭囲	cm	胸囲	cm
保育 (入所) 経験	☐ ない ☐ ある (年 月 (歳 ヶ月頃) ~ 年 月 (歳 ヶ月頃) まで)							
	保育(入所)経験がある方は、利用していた施設について詳しくご記入ください。 ☐ 認可保育所等(幼稚園を含む) () ☐ 認可外・その他 ()							
乳幼児健診等	☐ 受診していない ☐ 受診した (☐ 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)							
	受診した方について、健診等時の指摘事項について教えてください。 ☐ なし ☐ あり ()							
発達・発育	発達の様子について教えてください。 ①首のすわり (月) ②寝返り (月) ③一人歩き (月)							
	発達・発育に関して、健康診断などで相談したり、助言を受けたことはありますか。 ☐ ない ☐ ある (相談先 () (相談・助言の内容 ()							
	※内容確認のため、関係課へ問い合わせを行う場合があります。あらかじめご了承ください。							
	保育園(集団生活)の中で特別な対応の必要はありますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある(具体的に: ()							
	児童発達支援の受給証・療育手帳・障がい者手帳を申請していたことはありますか。 ☐ ない (ある場合) ☐ 持っている ☐ 申請中 ☐ 過去に取得(再取得しない理由: () ☐ 児童発達支援受給証 ☐ 障がい者手帳または療育手帳(身体・精神・療育							
病気・既往歴	これまでに、大きな病気や慢性的な病気などで通院や治療を受けたこと、または入院したことはありますか。 ☐ ない ☐ ある							
	※通院や治療、入院をしたことが「ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。							
	診断名や症状等の詳細について教えてください。 診断名 () 症状 () 病院名 () 医師名 ()							
	治療等の期間や現在の状況について教えてください。 治療 (年 月 日 から 年 月 日まで) ☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ 服薬中 ☐ 経過観察中 ☐ 現在は治療不要							
	入院中または通院中の方はお答えください。 ☐ 入院している (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 通院している (☐ 年・ ☐ 月・ ☐ 日 に 回 程度)							
	服薬中の方はお答えください。 回数 (回) / 日 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 寝る前 くすりの名称 ()							
	経過観察中または現在は治療不要の方はお答えください。 ☐ 入院または通院をしていたことがない ☐ 入院していたことがある (年 月 日から 年 月 日まで) ☐ 通院していたことがある (☐ 年・ ☐ 月・ ☐ 日 に 回 程度)							
	医師に、保育所等での集団生活を行うことができるかなど確認をしていますか。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください(現在は治療不要の方を除く) ☐ 確認している							
	保育所等を利用するうえで、医師の診断に基づき、特別な配慮や医療的ケアなどを必要としますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある(具体的な対応: ()							
	※特別な配慮や医療的ケアなどが「必要ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。							
	医療的ケア児の保育所等受入れガイドラインをご確認のうえ、鎌倉市にご相談していますか。 ☐ 相談していない → ※必ず相談を行ってください ☐ 相談している							
	希望する保育所等に、上記の配慮や医療的ケアなどへの対応が可能かなどを確認をしていますか。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください ☐ 確認している							

裏面にもご記入ください

(裏面)

アレルギー等	食物アレルギー、その他のアレルギーはありますか。(宗教上の理由で摂取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 ()
	※アレルギーが「ある」と答えた方は、以下の項目にお答えください。
	医師の診断に基づいていますか。 ☐ 基づいていない ☐ 基づいている(病院名)
	医師から、製造ライン(コンタミネーション)の除去に関する指示はありますか。 ☐ ない ☐ ある
	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。 ()
	これまでにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい(時期:)
	エピペンまたはアドレナリン点鼻液(ネフィー)をお持ちですか。 ☐ 持っていない ☐ 持っている (☐ エピペン ☐ アドレナリン点鼻液(ネフィー))
	希望している園へ、アレルギー等の対応が可能か確認していますか。 ☐ 確認していない → ※必ず確認を行ってください ☐ 確認済み
	保育所等で給食等を食べる際に、除去等の特別な対応を必要としますか。 ☐ 対応は不要 ☐ 対応が必要→下記の()内に具体的な対応内容をご記入ください。 ()
	その他