

転園申込書

(宛先) 鎌倉市長
鎌倉市福祉事務所長

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・事業者に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 (R7.4.1)	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
保護者の保育を必要とする事由（保育要件）の変更（就労時間変更、妊娠、育児休業など）	
☐	あり →保育課に必要書類を確認 ☐ なし →保育要件に係る書類は提出不要
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

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 ） ☐ 認可保育所等(幼稚園含む) ☐ 認可外その他 ☐ 園名（ ）							
健康状態	☐ 良好 ☐ 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 ☐ お誕生前（10～12か月） ☐ 1歳6か月 ☐ 3歳） ☐ 健診等時の指摘事項 ☐ なし ☐ あり（ ）							
発達・ 発育・ 障がい	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・助言の内容（ ））							
	障がい者手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある（ 級 ）（ 障がい名（ ））							
	療育手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある（ ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ その他）							
病気・ 既往歴	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 通院歴 歳 か月頃（ ☐ 週 ☐ 月 回程度） 入院歴 歳 か月頃（入院期間 日間） （病名 病院名）							
	既往歴や治療中の病気はありますか。（ぜんそくや心臓疾患、熱性けいれんなど） ☐ ない ☐ ある 病名（ ） 症状（ ）							
	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）							
	保育所等を利用するうえで、医師の診断に基づき、特別な配慮や対応を必要としますか。 ☐ 必要ない ☐ 必要ある ☐ 病名（ ） 症状（ ） ☐ 病院名（ ） 医師名（ ） ☐ 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。 ☐ 確認している ☐ まだ確認をしていない ☐ 保育所等での必要な対応（具体的に： ） ☐ 希望する保育所等に、上記の必要な対応が可能かなどの確認をしていますか。 ☐ 確認している ☐ まだ確認をしていない → ※必ず確認を行ってください							
アレルギー	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（ ） ☐ 製造ライン（コンタミネーション）の除去の指示はありますか。 ☐ ある ☐ ない							
	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： ） エピペンをお持ちですか。 ☐ 持っていない ☐ 持っている							
	希望している園へ、アレルギー対応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	入園にあたり、お子さまの健康や発育について気になることをお書きください。						