

児童ホーム入所申込書

(宛先) 座間市長

令和 年 月 日

保護者 住 所 座間市

氏 名 (続柄：)

電話 (自宅) - -

電話 (勤務先) - - (続柄：)

携帯電話 (日中①) - - (続柄：)

携帯電話 (日中②) - - (続柄：)

次のとおり児童ホームへの入所を申し込みます。

市確認欄

希望する児童ホーム名	児童ホーム				<input type="checkbox"/>	
第二希望用児童ホームの希望	<input type="checkbox"/> 第二希望用児童ホームを希望 ⇒ _____ 児童ホーム <input type="checkbox"/> 第二希望用児童ホームの希望なし				<input type="checkbox"/>	
申込児童	氏名 (ふりがな)	生年月日	学年	学校名	<input type="checkbox"/>	
		. .	年	小学校		
入所を希望する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※ 求職活動中または要件に満たない就労状況の方は入所日から3カ月間が入所期間です。(期限内に要件を満たす就労証明書の提出があれば延長可能)				<input type="checkbox"/>	
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 家庭外就労 <input type="checkbox"/> 家庭内就労 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 出産前後 <input type="checkbox"/> 保護者の傷病・障がい <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/>	
申込児童の父母及び同居している者の状況 (申込児童を除く)	氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日	年齢	就労先・通学先の名称 (通学者は学年も記入)	<input type="checkbox"/>
			. .			<input type="checkbox"/>
			. .			<input type="checkbox"/>
			. .			<input type="checkbox"/>
			. .			<input type="checkbox"/>
			. .			<input type="checkbox"/>
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 (理由：) <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/>	
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (受給開始年月日 年 月 日)				<input type="checkbox"/>	

※裏面も記入してください

事務処理欄 ※以下は記入しないでください	申込時不足書類	有 / 無	M
<input type="checkbox"/> 就労証明書 [父・母・祖父・祖母・] <input type="checkbox"/> 母子手帳 備考			

出身園	【 保育園 ・ 幼稚園 】	<input type="checkbox"/>
-----	---------------	--------------------------

現在の状況	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園在園中（4月から新1年生）	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 児童ホーム在所中	
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している	
	<input type="checkbox"/> 一人で留守番	

健康等の状態	持病・病歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 通院： 回/月・週 病院名：	<input type="checkbox"/>
	障がい・療育等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
	食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	<input type="checkbox"/>
	その他気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	<input type="checkbox"/>

未就学児の弟、妹の状況	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園在園中	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 保育園申込み中（申込日： 月 日）	

小学生のきょうだい がいる場合	<input type="checkbox"/> 児童ホーム申込みを同時にする	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 同じ児童ホームで同時期の入所のみを希望する	
	<input type="checkbox"/> 1人だけでも入所を希望する（別々の児童ホームでもかまわない）	
	<input type="checkbox"/> 児童ホームの利用希望なし	

出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（予定日 令和 年 月 日）※	<input type="checkbox"/>
	※ 有の場合は母子手帳の写し（表紙、出産予定日の記載があるページ）を添付	<input type="checkbox"/>
産休後の予定	<input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 職場復帰（児童ホーム継続） <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 求職	<input type="checkbox"/>

別居の祖父母の状況						
		氏名	年齢	健康状態	就労状態	住所
父方	祖父		歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	祖母		歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
母方	祖父		歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	祖母		歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

同意書	
入所児童への適切な対応を図るため、こども育成課が出身保育園、幼稚園、また、小学校等との連携を図り、必要に応じて児童に関する情報の収集・提供を行うことに同意します。	
保護者署名 _____	