

年 月 日

只見町長 殿

こども園の入園について次のとおり申し込みます。また、支給認定及び利用者負担金の算定に必要な場合には、課税状況（同一世帯者を含む）及び世帯情報の調査・閲覧に同意します。

保 護 者 (申請者)	ふりがな		電話	携帯（父）
	氏 名			携帯（母）
	住 所			

入 園 児 童	ふりがな		性別	生年月日及び年齢
	氏 名		男・女	年 月 日 (年4月1日現在 歳)
教育・保育の実施を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日			
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
保育の実施を希望する場合の理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中に既に保育を利用している子がいて継続利用が必要 <input type="checkbox"/> その他（具体的に)			

○児童の家庭の状況（入園児童を除く）

児 童 の 世 帯 員	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名・学年 (学年は新年度の学年を記入)	障がい者（療育）手帳の有無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
			・ ・	男・女		有・無
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (年 月 日 保護開始)				

※以下市町村記載欄

教育・保育の実施の可否		教育・保育の実施期間	受付印
要 ・ 否		自 年 月 日 至 年 月 日	
認定区分	保育認定の場合の必要量		
<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間		