

# 令和5年度みのだ認定こども園(1号認定)入園申込書

年 月 日

みのだ認定こども園長 様

受付欄
-----

次のとおり、子ども・子育て支援法に基づく、認定こども園への利用について次のとおり申請します。  
また、虚偽の申請をした場合や必要書類を提出しない場合は、退園となっても異議はありません。

(フリガナ) 児童名	(第 子)	生年月日 (和暦) ※年齢は R5.4.1 現在	年 月 日 ( 歳児)	性別	男 ・ 女
(フリガナ) 保護者氏名	㊟	連絡先 (全ての保護者の方分)	①父・母・職場(父・母)	—	—
			②父・母・職場(父・母)	—	—
			③父・母・職場(父・母)	—	—
保護者住所				転入予定の場合は、転入先住所・転入予定日記載 ( 年 月 日頃)	

**世帯状況** (申請する児童を除き、生計を一にする方、同居している方及び進学等で別居する児童の兄弟姉妹等(父母が生計を維持している場合のみ)を記入してください。)

(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	年齢 R5.4.1 日現在	勤務先、学校又は施設名等
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
利用希望期間	R 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> R 年 月 日まで	

**申請児童の状況**

アレルギー	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	内容( )
障害者手帳等	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	内容( )
特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	
障害児通所受給者証	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	通所施設名( ) 通所頻度 月・週・日に( )回
定期的な通院	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	内容( )
医療的ケア	<input type="checkbox"/>	不要	<input type="checkbox"/>	要	内容( )
その他集団生活における留意点					( )

その他 (特記事項がある場合はご記入ください。)

--