

施設入所申込書

中井町長 様

令和 年 月 日

保護者 住 所 中井町

氏 名

施設への入所につき次のとおり申込みます。

TEL ()

入所児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	備 考		
	ふりがな	年 月 日	男・女			
入 所 を 希 望 す る 施 設 名	第1希望 (希望理由)					
	第2希望 (希望理由)					
	第3希望 (希望理由)					
保育の利用を希望する期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
保育の利用希望区分		<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間） <small>※保育短時間に該当する方が保育標準時間を希望することはできませんのでご注意ください。</small>				
保育の利用希望時間		平日 【 時 分 から 時 分 まで 】				
		土曜日【 時 分 から 時 分 まで 】				
○入所児童の家庭の状況						
区 分	(ふりがな) 氏 名	入所児童 との続柄	生年月日	性別	勤務先・学校名等	備考
入 所 児 童 の 世 帯 員			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
生活保護の状況		適用なし 適用あり（ 年 月 日保護開始）				

※市町村記載欄	入所申込みの承諾	保育の利用の可否		保育の利用期間		保育の利用基準		
		要 ・ 否	(理由)	自 令和 年 月	至 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 保育標準時間	<input type="checkbox"/> 保育短時間	
		年 月 日承諾		入所施設				
		備考						