

転園申請書

年 月 日

(あて先) 鴻巣市長

住 所
保護者 氏 名
電話番号

重要事項を了承の上、次のとおり保育施設への転園を希望します。

(ふりがな) 児童名	生年月日	現在在籍している保育施設名
()	年 月 日	
現在の保育認定	2号 ・ 3号 / 標準時間 ・ 短時間 (該当するものに○)	

① 転園を希望する時期

年 月 1日 から 年度末まで

② 転園を希望する施設名

転園を希望する施設名			
第1希望		第6希望	
第2希望		第7希望	
第3希望		第8希望	
第4希望		第9希望	
第5希望		第10希望	

③ 児童の世帯の状況 (住民票の世帯によらず、同居者は全員記載してください)

児童との 続柄	氏 名	生年月日	備 考
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

④ 祖父母の状況

	氏名	年齢	住所
父 方			
母 方			

裏面もご確認ください

- ⑤ きょうだい同時申請（新規入所申請を含む）の場合の希望について（該当しない場合は記入不要）
 該当する番号に○をつけてください。2・3の場合は希望する方の□に✓をしてください。

1	同時入所で同じ保育施設のみ希望する。
2	同時であれば別々の保育施設でも希望する。 ただし、同じ保育施設に入所できる場合には <input type="checkbox"/> 希望順位よりも同一保育施設の入所を優先する。 <input type="checkbox"/> 同一の保育施設よりも希望順位の高い保育施設の入所を優先する。
3	1人だけでも入所できれば先に入所させたい。 ただし、同時入所できる場合には <input type="checkbox"/> 希望順位よりも同一保育施設の入所を優先する。 <input type="checkbox"/> 同一の保育施設よりも希望順位の高い保育施設の入所を優先する。

	入所できなかった児童の状況 先に入所した児童と： 同所のみ希望 ・ 別所でも可
4	その他（ ）

⑥ 児童の状況

身体発達状況	ふつう ・ ややおそい ・ おそい
定期的な通院	なし・ あり（病名： 医療機関： 医師からの指示事項 ）
障がい者手帳・療育手帳の有無	なし ・ あり （種類： 級等 ）
既往歴 （あてはまるものに○を付けてください。）	ポリオ ・ 水ぼうそう ・ 風しん ・ 麻しん ・ おたふくかぜ ・ 便秘 ・ 肺炎 ・ その他（ ）
	<u>ひきつけ</u> なし ・ あり 今まで何回・何歳から・服薬等
	<u>脱きゅう</u> なし ・ あり 部位等
	<u>アレルギー</u> なし ・ あり 発症因子・除去食品等（症状）

重 要 事 項

1. 転園を希望する時期により申請締切日が異なります。
2. 調整の結果転園ができない場合があります。転園できなかった場合、年度内は引き続き転園の調整を行います。
3. 転園申請を取り下げる場合は、所定の期日までに、保育施設入所申請取下届を提出してください。
4. 転園が決定した場合、原則辞退はできません。辞退する場合は退所となります。
5. 転園後、その年度内に限り、再度の転園申請はできません（年度当初に転園した場合を除く）。
6. 転園申請内容や児童及び世帯情報は、入所調整に必要な範囲で、在籍施設及び転園希望施設に情報提供します。
7. 育児休業中で転園決定後も復職を伴わない転園申請は原則受け付けておりません。