

必要書類		確認欄	
1 入園申込書 兼 同意書		<input type="checkbox"/>	
2 園児の健康に関する書類		<input type="checkbox"/>	
必要書類	備考	確認欄	
健康調査票	保護者が記入すること(健康保険証と乳幼児医療証のコピーを貼付)	<input type="checkbox"/>	
3 保育の必要性確認書類 (保護者全員分の書類が必要)			
事由	必要書類	父	母
就労	勤務証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
就学	①在学証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②学部生:時間割の写し、院生:就学状況申告書(就学日数と時間が分かるもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妊娠・出産	母子手帳のコピー(保護者名と分娩予定日がわかる部分)	-	<input type="checkbox"/>
疾病・障害等	①保育困難な旨記載の医師の診断書、又は障害者手帳等各種手帳のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②疾病・障害・介護(看護)等 申告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
親族の介護・看護	①医師の診断書、又は介護保険被保険者証のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②疾病・障害・介護(看護)等 申告書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自営業の方	保育の必要性を認定(教育・保育給付認定)した支給認定証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
該当者は以下の書類が必要 (*以外はコピー可) ※調整係数が加点又は減点となります			
生計を同一にする親族が障害者手帳を所持している場合	身体障害者手帳・精神障害者手帳・療育手帳等	<input type="checkbox"/>	
満64歳以下の祖父母と同居	勤務証明書等の保育の必要性が確認できる書類(*) 未提出の場合は、利用調整において減点対象となります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保育施設・ベビーシッター等を週3日以上利用	月謝袋・直近1か月分の利用状況がわかる領収書等 (施設による領収印が押印されたもの)	<input type="checkbox"/>	
保育料決定に必要な書類			
※1.その他	企業主導型保育事業 教育・保育給付認定申請書(第2号・第3号認定用)のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※2人以上の児童の申込をする場合、「入園申込書」と「健康状況報告書」については児童ごとに記入してください。

それ以外の書類は、1世帯につき1部の提出となります。

※1.<3歳～5歳クラス入園希望の方・0歳～2歳クラス入園希望(非課税世帯等)の方のみ>

3歳～5歳児クラス・0歳～2歳児クラス(非課税世帯等)で保育料無償化制度を受ける方は『企業主導型保育事業 教育・保育給付認定申請書(第2号・第3号認定用)』(西宮市指定フォーム)の提出および「令和6年度市・県民税課税証明書」が必須となります。

※上記以外の書類の提出を依頼することがあります。

<地域枠>

受付

関西学院内保育施設 ぽぷら保育園【地域枠】

入園申込書 兼 同意書

申請年月日	年 月 日
-------	-------

保護者	住所	〒 -		緊急時連絡先優先順位 ↓
	氏名	携帯電話(父)		
		携帯電話(母)		
		他( )		
		E-mail	@	

↑ 緊急時に連絡が取れる電話番号および優先順位をご記入ください。

利用調整希望期間 ※入園は毎月1日付です	2025年 月 1日 ~	<input type="checkbox"/> 小学校就学前	まで
		<input type="checkbox"/> 年 月 日	

区分	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日(西暦)	性別	現在の状況(勤務先・利用施設名等)
児童の家族状況	申込児童	本人	年 月 日	男・女	
	児童の世帯員(同居人全員)	父	年 月 日	男	
		母	年 月 日	女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	

保育利用が必要な理由		他園の申し込み状況	
		<input type="checkbox"/> ぽぷら保育園のみ	
		<input type="checkbox"/> 併願有 (ぽぷら保育園の希望順位 第____希望)	
		第1希望併願先 _____	
		第2希望併願先 _____	
第3希望併願先 _____		併願先①の結果通知予定日	
希望保育日	月・火・水・木・金・土・休日授業実施日	年 月 日	
希望保育時間 ※勤務証明書に基づき決定	: ~ :	主な送迎手段	
<input type="checkbox"/> 延長保育 18:30 - 19:00		電車・バス 徒歩・自転車・自動車 その他( )	

きょうだい同時申込の場合(利用時期と利用先について該当箇所には○印をつけてください。)			
保育利用時期	1 同時期に利用できる場合のみ希望	3 上の子が利用できる場合のみ希望	
	2 きょうだいのどちらが先でも利用を希望	4 下の子が利用できる場合のみ希望	
	※ 2 3 4の場合、ぽぷら保育園に入園できない児童の保育先( )		

< 地域枠 >

1 父母の状況

保育が必要な状況を記載してください。また状況に応じた証明書の添付が必要です。

証明書類 → ①勤務証明書 ②就学証明書 ③④疾病・障害・介護等申立書

保育の必要性		父親の状況	母親の状況
就労・就学	就労形態①	1 関西学院勤務 2 学外会社・団体等勤務 3 自営 4 自営手伝い 5 その他( )	1 関西学院勤務 2 学外会社・団体等勤務 3 自営 4 自営手伝い 5 その他( )
	就労場所	1 自宅外 2 自宅	1 自宅外 2 自宅
	就学②	1 関西学院 2 関西学院以外	1 関西学院 2 関西学院以外
	通勤(学)手段	1 徒歩 2 自転車 3 単車 4 自動車 5 バス 6 電車	1 徒歩 2 自転車 3 単車 4 自動車 5 バス 6 電車
	片道通勤(学)時間	時間 分	時間 分
疾病・障害等③		1 入院 2 在宅(通院・往診・病弱) 3 障害(障害者手帳 有・無)	1 入院 2 在宅(通院・往診・病弱) 3 障害(障害者手帳 有・無)
介護・付添等④		1 入院 2 在宅(通院・往診・病弱) 3 障害(障害者手帳 有・無) 介護、付添の対象者 (氏名: 続柄: )	1 入院 2 在宅(通院・往診・病弱) 3 障害(障害者手帳 有・無) 介護、付添の対象者 (氏名: 続柄: )
その他			

2 祖父母の状況

連絡が取れない場合は不明、死亡の場合は斜線を記載してください。

「現在の状況」欄は就労先や介護中、病気療養中等、現在の状況を記入してください。

		祖父の状況	祖母の状況
父方	氏名	( 歳)	( 歳)
	住所		
	現在の状況		
母方	氏名	( 歳)	( 歳)
	住所		
	現在の状況		

保育の利用に関する確認表 兼 同意書 内容を確認のうえ、各項目のチェック欄に☑し、署名・押印をお願いします。

確認事項	チェック
1 申込後、終了状況(勤務先・勤務日数・勤務時間・就職・退職・育児休業からの職場復帰等)や世帯状況(結婚・離婚・妊娠・出産・同居・別居・転居)等に変更があった場合はすみやかに連絡してください。申込内容と申込後の状況が異なる場合には利用決定を取り消すことがあります。	<input type="checkbox"/>
2 就労内定の申込で、提出のあった勤務証明書の内定先に就職しない場合は、利用決定を取り消すことがあります。	<input type="checkbox"/>
3 保育施設の利用は、保育の必要性がある場合にに限られます。保育の必要性の事由に該当しなくなった場合、退園となります。	<input type="checkbox"/>
4 育児休業から復帰を理由とする申込の場合は、原則保育の利用開始日が1日の場合は翌月15日(利用開始日が16日の場合は翌月末日)までに職場復帰して下さい。期限までに復帰できない場合は、保育の利用の解除(退所)となる場合があります。	<input type="checkbox"/>
5 特別な理由なく16日未満の登園が続く場合は、保育の利用の解除(退所)となる場合があります。	<input type="checkbox"/>
6 保育の利用内定後には、施設で面接と健康診断を受けていただきます。結果によっては、保育の利用ができなくなる場合があります。	<input type="checkbox"/>
7 保育施設利用の際は、「受け入れ保育」期間があります。保護者の勤務時間に関わらず、その期間中は長時間の保育はできません。また、保育の利用開始日より前に「受け入れ保育」をすることはできません。	<input type="checkbox"/>
8 保育料は世帯の税額により算定します。離婚後も児童と同居している場合には、父母の税額で保育料を算定します。また、祖父母と同居しており、父母の年収が100万円未満の場合、同居の祖父母と税額を合算したうえ、保育料を算定します。	<input type="checkbox"/>
9 保育料決定後、確定申告や市税申告書により課税額に変更が生じた場合は、すみやかに連絡してください。	<input type="checkbox"/>

児童の保育利用にあたり、上記の事項についてすべて確認し、同意します。

年 月 日

保護者(父)

印

保護者(母)

印

※ 自筆の場合は印は不要です。

# 勤務証明書

保護者記入欄			
保護者名		児童との続柄	□父 □母 □その他( )
児童名①		児童生年月日	
児童名②		児童生年月日	
児童名③		児童生年月日	
住所			
片道通勤時間	分 ※ほふら保育園から勤務場所までの片道通勤時間をご記入ください。		

上記の者について、次のとおり勤務(内定)していることを証明します。

**※以下、事業者記入欄 (自営業者を除き、保護者本人が記入した場合は無効となります。)**

勤務場所 (実際の勤務場所)	所在地				
	名称	電話 ( )			
勤務時間 <small>※変則勤務・シフト制は、全ての勤務パターンを記入してください。(別紙添付可)</small>	平日	時 分 ~ 時 分	勤務日数	週 日	
	土・日曜	時 分 ~ 時 分	勤務曜日 (該当するものに○)		
	変則勤務		月 火 水 木 金	土 <毎週・隔週(第 週)>	
	1日の平均勤務時間数 休憩時間含	時間 分	日 <毎週・隔週(第 週)>	シフト制 ※詳細を以下に記入	
育児短時間勤務	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	勤務日数	週 日	
			勤務曜日 (該当するものに○)		
	平日	時 分 ~ 時 分	月 火 水 木 金		
	土・日曜	時 分 ~ 時 分	土 日	<毎週・隔週(第 週)>	
職種					
採用(予定)年月日	年 月 日	□勤務 □勤務予定(※1) □保育所等入所次第(※1)			
雇用形態	□正社(職)員 □パート □アルバイト □契約 □派遣 □自営(※2) □自営手伝い □その他( )				
単身赴任について	□該当なし □単身赴任中 □単身赴任予定(赴任予定日: 年 月 日 赴任地: ) (※3)				
産前産後休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	※労働基準法第65条による産前産後休業取得中(予定)の場合のみ記入			
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	※育児休業等の法律に基づく育児休業取得中(予定)の場合のみ記入			
就労実績 <small>※当月を含む最近3か月</small>	月	当月(実績+予定日数)(※4)	(前月)	月	(前々月) 月
	就労日数	+	日	日	日
証明年月日	年 月 日(※5)				
所在地	_____				<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 印 (※5)
事業所名	_____				
代表者名	_____				
記入担当者名	_____ 電話 _____				

- ※1 勤務内定者が就労を開始した場合は、あらためて勤務証明書の提出が必要です。
  - ※2 自営業者は、事業内容のわかる客観書類を添付してください。(例:前年の確定申告書、税務署への開業届等)
  - ※3 「単身赴任予定」に該当される場合は、後日あらためて赴任後の勤務証明書の提出が必要です。
  - ※4 **既に就労している場合は就労実績を記入してください。**(就労実績が無ければ再提出を求めることがあります。)  
<育児休業期間中の就労日数>"0日"で記入してください。 <有給休暇>就労日数に含めて記入してください。
  - ※5 証明年月日の記載、証明印の押印がないものは無効です。
- 注1 上記の勤務内容については、事業所に確認の連絡をする場合があります。  
 注2 上記の記載内容に変更があった場合は、あらためて勤務証明書の提出が必要です。

## 疾病・障害・介護(看護)等 申立書

児童名		生年月日	年 月 日
-----	--	------	-------

①疾病・障害等の方(疾病・障害等の保護者についてご記入ください。)

疾病(障害)者名 ※児童の保護者		生年月日	年 月 日
住所			児童との 続柄
病名・障害名		病院名 施設名	
治療・訓練期間	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込) <input type="checkbox"/> 未定・不明	
現在の状況	1 通院・訓練(週・月 回) 2 入院(退院予定: 年 月・未定)	保育園への 送迎の可否	可 ・ 不可

②介護(看護)の方(介護を行う保護者及び介護対象者についてご記入ください。)

介護(看護)を行う方 の氏名 ※児童の保護者		生年月日	年 月 日
介護(看護)を 受ける方の氏名		生年月日	年 月 日
介護(看護)を 受ける方の住所			児童との 続柄
病名・障害名		病院名 施設名	
介護(看護)が 必要な期間	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 年 月 日 (見込) <input type="checkbox"/> 未定・不明	
介護(看護)の状況	日数・時間	【日数】 週 回 (月 火 水 木 金 土 日) 【時間】 1日 時間 ( 時 分 ~ 時 分 )	
	病院・施設等 への付き添い	無・有 → 【曜日】 月 火 水 木 金 土 日 【主な時間帯】 時 分 ~ 時 分	

上記内容に相違ないことを申し立てます。

年 月 日

申立者名 \_\_\_\_\_ 印

※自筆の場合は印は不要です

※診断書・障害者手帳・介護保険被保険者証等を未提出の方は、併せて提出してください。

※該当する保育の必要性の事由が、疾病・障害等の方は①、介護(看護)の方は②に記入してください。

※原則として、①は疾病・障害者本人、②は介護(看護)を行う方が記入してください。

ただし、疾病・障害者本人が記入できない場合は、親族の方が記入してください。

# 健康調査票

お子さまが入園される際の貴重な資料となりますので、具体的に、表・裏の太枠内をご記入ください。

保護者記入日：西暦)		年	月	日									
ふりがな		性別	生年月日		血液型	平熱							
園児名		男・女	西暦)	年	月	日	型	℃					
<b>1. 出産時の状況について</b>													
1) 妊娠時期	週	日	2) 出産時の状態	体重	g	身長	cm	頭囲	cm				
3) 出産時に特別な処置はありましたか なし・あり ( 仮死状態・保育器使用・酸素使用・その他 )													
4) 先天性代謝異常検査 異常なし・あり ( ) 5) 新生児聴覚検査 異常なし・あり ( ) ・未													
<b>2. 発達状況について</b>				<b>4. 予防接種について 受けられた予防接種に○をつけてください</b>									
首すわり	か月	インフル エンザ菌 b型(Hib)	初回①	BCG	初回	水痘 <small>(みずぼうそう)</small>		1回目					
寝返り	か月		②	四種混合 (DPT-IPV)	初回①			2回目					
おすわり	か月		③		②								
ハイハイ	か月		追加		③								
つかまり立ち	か月	小児用 肺炎球菌	初回①	MR(麻しん 風しん)	追加	日本脳炎		初回①					
つたい歩き	か月		②		1期			追加	②				
ひとり歩き	歳		か月	③	2期			ロタウイルス		1回目			
3. 乳幼児健診の状況について			追加	麻しん	かかった					2回目			
・4か月健診：受診・未受診 健康・要観察( )			1回目	風しん	かかった	おたふくかぜ		3回目					
・10か月健診：受診・未受診 健康・要観察( )			2回目	予防接種は感染症対策として重要 です。接種推奨時期に受ける ようにしましょう。				予防接種 かかった					
・1歳6か月健診：受診・未受診 健康・要観察( )			3回目										
<b>5. 療育手帳・身体障害者手帳の交付状況について ※手帳の写しを添付してください</b> なし・あり( )													
<b>6. 現在の身長と体重について</b>													
・3歳健診：受診・未受診 健康・要観察( )			体重 ( g )		身長 ( cm )								
			測定日 ( 年 月 日 )		( 歳 か月 )								
<b>7. かかった病気と現在の様子について かかった病気や治療中の病気、経過観察している疾患等があればご記入ください。</b>													
左記の①～⑩の番号		発症時期		症状		治療・検査		医療機関名					
①心疾患	番号	歳 か月											
②けいれん	( )												
③てんかん	( )												
④食物アレルギー	番号	歳 か月											
⑤アトピー性皮膚炎	( )												
⑥ぜんそく	( )												
⑦肘内障(肘がぬける)	番号	歳 か月											
⑧発育(体重増加不良)	( )												
⑨発達(言葉の遅れ等)	( )												
⑩その他													
<b>8. 入園にあたり、お子さまの発育や発達、病気等について伝えておきたいこと、乳幼児健診後に経過観察を受けていること等があればご記入ください。</b>													
かかりつけの病院						電話							
小児科													
耳鼻科													
外科													
歯科													
眼科													
その他													
*入所時健診結果 年 月 日 ( 歳 か月) ※記入不要													
医師名													

※裏面もご記入ください

