こどもの城　送迎ステーション利用申込書

（職員記入欄）受け取り日時

※記載内容に虚偽があった場合、利用を取り消す場合があります。
　また、連絡先に誤りがありますとご連絡ができませんので、お間違いのないようご記入ください。

記入日　　年　　月　　日　　申し込み者

住所		
お子さんの氏名	ふりがな 男　・　女	年　　月　　日生 学年（４月入所希望の方はその時の学年） 年長・年中・年少・年々少
在籍、もしくは入園予定の幼稚園		幼稚園

添付書類（✓を入れてください）
- □利用調整シート（提出用）
- □お子様の本人確認書類写し　□保護者様の本人確認書類写し
- □通知発送用封筒（ご家庭の住所等をお書きください）※新年度入所希望時のみ
- □幼稚園の在園証明書、もしくは入園申し込み書類の写し
- □就労証明書（保護者の方全員分）
- □介護または付き添いに関する申立書（該当するご家庭のみ）
- □求職活動に関する申立書（該当するご家庭のみ）

保護者連絡先（確認のご連絡をする場合があります）

	氏名	年齢	続柄	日中主にいる場所（職場名・自宅など）その他特記事項	
連絡先①	ふりがな				同居 別居
			電話番号		
連絡先②	ふりがな				同居 別居
			電話番号		

家族、ならびに送迎にかかわる方（①②以外）	氏名	年齢または学年	続柄	特記事項	
	ふりがな				同居 別居
	ふりがな				同居 別居
	ふりがな				同居 別居
	ふりがな				同居 別居

裏面もご記入ください

下記の項目をお読みの上、確認されましたら☑を入れてください。

□入所申し込み、及び利用の承認や利用状況に関する内容等を、大和市および送迎元の幼稚園に提供します。（その他の第三者への情報提供は行いません）

□不承諾（保留）となった場合、待機をされますか？（　はい　・　いいえ　）

「はい」と付けた場合は、入所可能となり次第ご案内いたします。

お子さんについて（有無を入れてください）	脱臼・肘内障	有	部位（　　）	無
	アレルギー症状	有	卵　・　牛乳　・　小麦　・　そば　・　その他の食材（　　）	無
		有	薬のアレルギー（　　）	無
		有	その他（　　）	無
	ぜんそく・鼻炎	有	アトピー性皮膚炎・アナフィラキシーショック・その他（　　）	無
	ひきつけ・てんかん	有	原因・いつから	無
上記以外で、健康上心配なことや既往歴などがありましたらご記入ください				
その他、生活面や食事面などで心配なことがあれば、ご記入ください				

（こどもの城職員記入欄）