

出生前 本申請用

教育・保育給付認定申請書 兼 保育施設（入所・転所）申込書

年 月 日

墨田区長・墨田区福祉事務所長 宛

年 月入所希望の教育・保育給付認定申請及び保育施設（入所・転所）の出生前仮申
込中の児童について、年 月 日に出産したため、本申請します。

申請者 (保護者)	住 所	墨田区
	氏 名	フリガナ
		(年 月 日生)
連絡先	()	
申請 児童名	氏 名	フリガナ
		(年 月 日生)

なお、上記のほか、先の仮申込時の内容から変更は、(あります ・ ありません)。

※ 変更箇所がある場合は、以下の変更事項欄にご記載ください。ただし、希望保育施設の変更がある場合は、別途「希望認可保育施設（希望園）変更届」をご提出ください。

変更事項

裏面のお子様の状況についてもご記入ください

墨田区福祉事務所記載欄

[受付日] /	来庁者：父・母・その他 ()		出生確認：出生証明書/ 出生届の受理証明書/ その他 ()		収受
[受付者]	本人確認：免許証/マイナC/ 在留C/母子手帳/その他 ()				
[郵送]消印： 年 月 日					
[受理票発送日]： 年 月 日					
備考 お子様同伴：あり・なし	日付	入力	確認	結果	

お子様の状況について

0歳クラス

記入日： 年 月

申込児童名： 男・女

生年月日： 年 月 日生（生後 日）※申込日時点

1. 出生歴

妊娠中および分娩時の異常	なし ・ あり ()	
在胎期間	週 日（当初の出産予定日： 年 月 日）	
出生時の状態	体重（ g）	
	異常	なし ・ あり (・ 仮死・保育器使用・酸素使用 ・ けいれん・強い黄疸 ・ その他 ())

2. 予防接種の状況

予防接種	・ B C G ・ M R（麻疹 風疹） ・ 水痘 ・ B型肝炎 ・ おたふくかぜ ・ 接種なし
------	--

3. 病気や手術による定期的な通院について

なし ・ あり	病名：
	医療機関：
	薬の服用（予定）： あり・なし（薬の名称：)
	通院期間（予定）： 年 月 日 ～ 年 月 日
	入院期間（予定）： 年 月 日 ～ 年 月 日

4. 入園にあたり健康・発達等で気になること

なし ・ あり ()

5. 保育施設に伝えておきたいこと

なし ・ あり ()
