

【令和6年度】

株式会社チャイルド・スマイル

申込日 年 月 日

小規模保育園「ちいはぐ・仙川」入園申込書

入園を希望する児童（お子さん）

ふりがな		生年月日	令和 年 月 日
氏名		性別	男の子 ・ 女の子 ※R6.4.2 時点で満 歳
ふりがな		生年月日	令和 年 月 日
氏名		性別	男の子 ・ 女の子 ※R6.4.2 時点で満 歳

入園申込者（保護者）

署名		電話番号	()
住所	〒 *建物・マンション名もご記入ください		
入園内定のご連絡先	*入園申込者以外の保護者へのご連絡を希望される場合は必ずご記入ください。 例）入園申込者は父親、入園内定連絡先は母親 氏名 電話番号 ()		

◆必要に応じて申込書等に記載した個人情報を、行政・子育て支援機関等に提出することを承諾します。

ご同居中のご家族 *上記の入園申込者の方についても必ずご記入ください。

ふりがな		お子さんとの続柄	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
氏名			職業または現況	
ふりがな		お子さんとの続柄	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
氏名			職業または現況	
ふりがな		お子さんとの続柄	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
氏名			職業または現況	
ふりがな		お子さんとの続柄	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
氏名			職業または現況	

入園を希望する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ~ 子が満3歳になる年度の3月末まで
入園を希望する理由	① 保護者が働いて（通学して）いる ② 保護者が病気・心身障害など ③ 母親の出産（ 年 月 日予定） ④ 求職中（父親・母親） ⑤ その他（)
「ちいはぐ」以外の保育園へのお申込み状況	ちいはぐのみ 認可保育園 認証保育園 その他

保育利用時間希望表

		記入日	年 月 日
保護者氏名	ふりがな	児童氏名	ふりがな
		※2名でお申込みの場合はどちらか1名を記入	
		児童生年月日	令和 年 月 日

◆一週間の中で希望する保育日と時間帯（保育を希望される時間帯に☞をご記入ください）

※基本保育時間は8：00～19：00となります。

※基本保育時間以外で7：00～8：00/19：00～20：00の時間帯に保育を希望される場合は延長保育料がかかります。

曜日	保育時間	基本保育時間 8：00～19：00															
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
月	h																
火	h																
水	h																
木	h																
金	h																
土	h																
計	h	↑ 保育の都合上、9:30までの登園をお願いしております。															
備考																	

【 保 育 料 に つ い て 】

1) 基本保育料 1日8時間まで 40,000円 /月

2) 月極延長保育料 1時間 11,000円 /月

3) 月極延長保育料 2時間 30,000円 /月

※1)、2)、3)、ともに、契約可能な時間の範囲は基本保育時間（8：00～19：00）となります。

4) 延長保育料 600円 /15分

時間外延長保育料 （基本保育時間以外で7：00～8：00/19：00～20：00の時間帯に保育を利用）

契約時間外延長保育料 （基本保育時間内で契約した時間帯以外に保育を利用）

※4) 延長保育についてはご希望に添えない場合もございます。個別にご相談させていただきますのでご了承ください。

※※ご参考までに※※

例1) 契約時間が9:30～17:30（8時間契約）の場合、9:30より前のお預かりと17:30以降のお迎えが延長保育時間となります。

例2) 契約時間が9:00～18:00（9時間契約/月極延長1時間利用）の場合、9:00より前のお預かりと18:00以降のお迎えが延長保育時間となります。

お子さんの健康状態・保育状況について

記入日 年 月 日

保育をするうえで必要な情報ですので、正確にご記入ください。
なお、お子さんの健康状態について、記入いただいた内容が入園の審査に影響することはありません。

申込児童の名前を記入してください	名前（ ）	名前（ ）
1. お子さんの健康状態について		
過去に大きな病気をしたことがありますか	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい ・ <input type="checkbox"/>いいえ</div> 病名（ ） 病院名（ ）	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</div> 病名（ ） 病院名（ ）
入園に関しての相談を主治医にしましたか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
言葉やその他の発達について継続して 相談や受診をしている機関はありますか	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい ・ <input type="checkbox"/>いいえ</div> 相談機関（ ） 相談内容（ ）	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</div> 相談機関（ ） 相談内容（ ）
アレルギー（食物・アトピー等）がありますか	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい ・ <input type="checkbox"/>いいえ</div> アレルギーの種類 （ ） 判断した人 （ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他（ ））	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</div> アレルギーの種類 （ ） 判断した人 （ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他（ ））
このアレルギーによって アナフィラキシー を起こしたことがありますか	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい ・ <input type="checkbox"/>いいえ</div> 直近で、平成（ ）年（ ）月頃	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</div> 直近で、平成（ ）年（ ）月頃
乳幼児健診をうけましたか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
受けたものにチェックしてください	<input type="checkbox"/> 4カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> 9カ月 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月	<input type="checkbox"/> 4カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> 9カ月 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月 <input type="checkbox"/> 3歳児
その際に指導事項がありましたか	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
それはいつのことですか またどのような内容ですか	①（ ）検診のとき 内容（ ）	①（ ）検診のとき 内容（ ）
	②（ ）検診のとき 内容（ ）	②（ ）検診のとき 内容（ ）
指導をうけたことについて 現在はどうですか	<input type="checkbox"/> 問題なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 問題なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
障害者手帳・愛の手帳をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 申請中
どちらをお持ちですか また、その級を教えてください	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 愛の手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 愛の手帳（ ）級を <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> 申請中
その他生活、健康、言葉、行動など発達面で 気になることをご記入ください。 ※通所している区立の福祉施設等に 問い合わせをさせていただく場合があります。		

2. お子さんの保育状況について		
これまでの保育歴を教えてください	<input type="checkbox"/> 家庭保育のみ <input type="checkbox"/> 保育園の在園経験有 <input type="checkbox"/> 幼稚園の在園経験有 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 家庭保育のみ <input type="checkbox"/> 保育園の在園経験有 <input type="checkbox"/> 幼稚園の在園経験有 <input type="checkbox"/> その他（ ）
育児休業（予定を含む）をとっていますか	<div>↓</div> <div><input type="checkbox"/>はい（<input type="checkbox"/>父<input type="checkbox"/>母） ・ <input type="checkbox"/>いいえ</div> 受付の際、育児休業の復帰に関する同意書に署名をいただきます	
現在、お子さんを有償で預けていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ

家庭状況報告書

記入日 年 月 日

保護者の状況		父 親		母 親											
氏 名															
就 労 ・ 通 学 ・ 求 職 中	あてはまるものに ○をつけてください。	① 外 勤	② 自 中 営 心	③ 自 協 営 力	④ 通 学	⑤ 内 職	⑥ 求 中 職	⑦ 採 内 用 定	① 外 勤	② 自 中 営 心	③ 自 協 営 力	④ 通 学	⑤ 内 職	⑥ 求 中 職	⑦ 採 内 用 定
	事 業 所 名														
	職 場 の 事 業 内 容														
	所 在 地														
	電 話 番 号														
	就 労 開 始 年 月 日	年 月 日						年 月 日							
	本人の仕事の内容														
	就 労 時 間	時 分～ 時 分						時 分～ 時 分							
	就 労 日 数	週 日 定休日 (曜日)						週 日 定休日 (曜日)							
	通 勤 経 路 等	自宅→ (分)						自宅→ (分)							
	平 均 月 収														
	備 考														
保護者 不存在 の場合	理 由	死亡 ・ 失踪 ・ 離婚 ・ 未婚 ・ 別居 ・ その他						死亡 ・ 失踪 ・ 離婚 ・ 未婚 ・ 別居 ・ その他							
	発 生 年 月 日	年 月 日						年 月 日							
疾 病 ・ 看 護 ・ 障 害	氏 名 (続 柄)	()						()							
	病 名														
	状 況 (病院・施設名を記入)	入院 () 自宅療養 通所・通院 (月 ・ 週 回)						入院 () 自宅療養 通所・通院 (月 ・ 週 回)							
	障 害 名 ・ 等 級	(級)						(級)							
出 産	予定日 年 月 日	産休 年 月 日～ 年 月 日 育休 年 月 日～ 年 月 日						その後の予定 職場復帰・求職・その他(下記詳細) _____ _____							
			氏 名		住 所		年 齢		職業・その他						
祖 父 母 ・ 親 族 の 状 況	母 方	祖父													
		祖母													
	父 方	祖父													
		祖母													
	祖父母以外の 市内在住親族														

勤務状況証明書

株式会社チャイルド・スマイル

《ご担当の方へ》裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

※下記の内容はすべて雇用主が記入してください。保護者が記入した場合は無効となります。

※記載事項に虚偽があった場合は、入園申込は無効となります。

勤務者住所			
勤務者氏名			
勤務先の名称			
実際の勤務地			
就職年月日	年 月 日	(勤務開始予定日 年 月 日)	
業務内容			
勤務形態	常勤（正社員）・非常勤・パート・アルバイト・派遣社員・契約社員・その他・自営		
契約期間	年 月 日～ 年 月 日（更新予定：有・無・未定） ※パート、アルバイト、派遣、契約社員等で契約期間に定めがある場合に記入してください		
勤務日数	日／ 月・週	週休日	<input type="checkbox"/> 定休（月・火・水・木・金・土・日・祝日） <input type="checkbox"/> 不定休（週・月 日）
勤務時間 <small>（休憩時間を含む労働契約上の正規の勤務時間）</small>	____時____分～____時____分（実働1日____時間____分/休憩____時間____分） <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> シフト勤務 <input type="checkbox"/> 交代制 <input type="checkbox"/> 夜勤あり ※不規則な勤務の場合：1週間（月曜日～日曜日）に____時間勤務		
給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 円	<input type="checkbox"/> 日給 円	<input type="checkbox"/> 時間給 円
社会保険 <small>※勤務先での加入</small>	加入あり(健康保険・共済保険・その他())・加入なし・加入予定(年 月から)		
直近3か月の勤務実績 <small>※勤務日数には有給休暇を含む ※産休・育休中は産休前3か月を記載</small>	年 月分 勤務日数 日 総支給額 円	年 月分 勤務日数 日 総支給額 円	年 月分 勤務日数 日 総支給額 円
※勤務実績が上記契約上の時間・日数に満たない場合の理由	<input type="checkbox"/> 扶養の範囲内で調整しているため <input type="checkbox"/> 本人の体調不良のため <input type="checkbox"/> その他()		

※以下は労働基準法に基づく育児時間及び育児休業法に基づく短時間勤務制度に限る。

産前産後休暇期間	年 月 日 ～ 年 月 日
育児休業承認期間	年 月 日 ～ 年 月 日
育児時間取得の状況 <small>（予定も含めて記入）</small>	育児時間取得時の勤務時間： ____時____分 ～ ____時____分 期間： ____年____月____日 ～ ____年____月____日
育児休業期間の変更	保育所入所が可能な場合の育児休業期間の短縮 可能 ・ 不可能
職場復帰した日	年 月 日 ※予定は記載しないでください
【その他特記事項】	

上記のとおり相違ないことを証明します。

株式会社チャイルド・スマイル 宛 年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者名

電話番号 ()

担当者名

印

印

※訂正印のない訂正は無効となります。消えるペンでの記入も無効です。

保護者記入欄

他保育園	申込中 ・ 在園中		歳児クラス		児童名
------	-----------	--	-------	--	-----

〈勤務状況証明書 注意事項〉

この証明書は、保育所の入所申込時及び入所中の児童の保護者の就労内容等（就労状況変更・継続申請）を把握するために使用するものです。お手数ですが、必要事項に記入漏れがないよう証明願います。

不明な点は、貴事業所のご担当の方に記載内容を照会させていただくことがありますので、ご協力くださいますようお願いいたします。

証明する内容について、次のとおり記入してください。記入の際は黒のボールペンを使用してください。消えるペン等は使用しないでください。

実際の勤務地	実際の勤務地を記入してください。 事業所所在地と異なる場合は、主に就労している場所（営業所住所、都内現場等）を記入してください。
就職年月日	就職した日を記入してください。 就職内定の方は、勤務開始予定日を記入してください。
勤務日数	1 か月又は1 週間の契約上の勤務日数を記入してください。 また、不規則な勤務の場合は、勤務実績に基づく平均的な勤務日数を記入してください。
勤務時間	休憩時間を含む労働契約上の正規の勤務時間を記入してください。実働時間は休憩時間を除いた時間とし、休憩時間も記入してください。 不規則な勤務の方は、1 週間の合計勤務時間（休憩含む）を記入し、シフト制や交代制等について記入してください。 なお、育児時間を取得する場合の勤務時間（予定含む）は「育児時間取得の状況」欄も合わせて記入してください。
給与形態	基本給を記入してください。 日給、時間給の方はその単価を記入してください。
最近3か月の勤務実績	「勤務日数」は、有給休暇を含めた日数を記入してください。 「最近3か月の総支給額」は、賞与等一時金を除く給与の額（税・社会保険等の控除前支給額）を記入してください。ただし、通勤手当は除いてください。 産休・育休中の方は、産休前3か月の支給額を記入してください。 なお、就労実績が契約上の時間・日数に満たない場合にはその理由を記入してください。
育児休業承認期間	「育児休業等に関する法律」及び「労働基準法」又はこれらに基づく労働協約、就業規則及び労働契約により定められた期間を記入してください。 パートタイム・派遣労働者の育児休業については、「育児休業等に関する法律」に基づき適用される場合に記入してください。
育児休業の変更	保育園の入園が内定した場合は、育児休業期間の終了前であっても、期間を短縮して保育園の入園月から1 か月以内に職場復帰できるかどうかについて記入してください。
職場復帰した日	産前産後休暇・育児休業を終了し、実際に職場復帰した日を記入してください。 予定については記入しないでください。

【問合せ先】株式会社チャイルド・スマイル（本部）

T E L : 042-444-2383 F A X : 03-6800-2786

勤 務 状 況 申 立 書

☐ 自 営 業 者

☐ 内 職 者

株式会社チャイルド・スマイル

記入日 年 月 日

就労状況について、下記のとおり申立てします。

なお、虚偽の申請により保育園入園の決定が取り消されることに異議はありません。

申 立 者	氏 名	
	住 所	

業 種	小売販売・飲食店・建築・土木・保険・印刷・製造・医療・理容美容・塗装・修理・運送・電気水道工事・その他（ ）・内職		
仕 事 の 内 容			
事業所の開業年月日	（ 昭和・平成・令和 ） 年 月 日		
事業所の営業時間	（ 午前・午後 ） 時 分から（ 午前・午後 ） 時 分まで		
就 労 開 始 年 月 日	（ 昭和・平成・令和 ） 年 月 日		
事 業 所 名		事業所電話番号	
事 業 所 所 在 地			<input type="checkbox"/> 在宅勤務
事 業 形 態	<input type="checkbox"/> 本人が代表者 <input type="checkbox"/> 配偶者が代表者 <input type="checkbox"/> その他の親族が代表者（保護者との続柄・氏名_____）		
	従業員の構成/本人・配偶者・その他の親族（ ）・その他の使用人_____人		
職 場 と 住 居 の 状 況	<input type="checkbox"/> 職場と住居が同一 <input type="checkbox"/> 隣接（道路を除いた隣接地含む） <input type="checkbox"/> 離れている（徒歩・自転車・バイク・車・電車 で_____分）		
定 休 日	月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期（_____週_____休）		
勤 務 日 数	月に_____日勤務 ・ 週に_____日勤務		
給 与 形 態 ・ 単 価	<input type="checkbox"/> 時給_____円 <input type="checkbox"/> 日給_____円 <input type="checkbox"/> 月給_____円 <input type="checkbox"/> 無給		
給 与 額	平均給与月額_____円 内職の方（単価_____円×月_____件＝平均収入月額_____円）		
税 の 申 告 状 況	<input type="checkbox"/> 事業主として確定申告をしている <input type="checkbox"/> 事業主の確定申告で事業専従者となっている <input type="checkbox"/> 事業主の確定申告で被扶養（控除対象配偶者等）となっている <input type="checkbox"/> 確定申告の必要がないので、市民税・都民税の申告のみしている <input type="checkbox"/> 源泉徴収されている <input type="checkbox"/> 申告をしていない		
健 康 保 険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 社会保険加入（本人） <input type="checkbox"/> 社会保険加入（被扶養者）		
勤 務 時 間	_____時_____分～_____時_____分 （うち1日_____時間_____分就労） （うち休憩時間は_____時_____分から_____時_____分まで）		
	<input type="checkbox"/> 勤務時間は固定で拘束されている（理由_____） <input type="checkbox"/> 勤務時間は都合により調整することができる <input type="checkbox"/> 特に決められた勤務時間はない		
就 労 時 間 中 に 行 う 家 事 の 状 況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> その他（ ） （合計で、おおむね1日_____時間就労時間中に家事を行う）		
就 労 中 の 児 童 の 保 育 状 況	<input type="checkbox"/> 保育所（ ）・知人等（ ）に預けている <input type="checkbox"/> 仕事をしながら家族等が保育している ・保育にあたる人（ <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 他親族 <input type="checkbox"/> その他） ・就労先での保育場所（ <input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 別の部屋 <input type="checkbox"/> その他）		
他保育園 申込中 ・ 在園中 歳児クラス 児童名			

☐ 自営業

☐ 学生

タイムスケジュール表

☐ 家族の看護・介護

◆就労状況等について電話及び訪問による実態調査を実施することがあります。

※該当する口に✓を入れてください

	月	火	水	木	金	土	日
6時							
7時							
8時							
9時							
10時							
11時							
12時							
13時							
14時							
15時							
16時							
17時							
18時							
19時							
20時							

【記入例】

	月	火	水	木	金	土	日
6時							
7時							
8時		登園 通勤		登園 通勤		登園 通勤	
9時	登園 通勤				登園 通勤		
10時							
11時							
12時							
13時	就業	就業	定休日	就業	就業	就業	
14時							
15時							
16時	通勤 降園				通勤 降園		
17時							
18時		通勤 降園		通勤 降園		通勤 降園	
19時							
20時							

保護者記入欄

他保育園	申込中	・	在園中		歳児クラス		児童名
------	-----	---	-----	--	-------	--	-----

入 園 前 健 康 診 断 書

病院・医院各位

保育園への入園に際しまして、下記のとおり健康診断をお願いいたします。

※健康診断の受診は本部または園からの連絡後となります。

※太枠線内は保護者が記入して、健康診断時に病院・医院に提出してください。

株式会社チャイルド・スマイル

〒182-0035

東京都調布市上石原2-27-16-303

TEL 042-444-2383

FAX 03-6800-2786

施設名	ちいはぐ・			
ふりがな				
氏 名				
住 所	〒			
身体測定	身長	cm	体重	kg
	頭囲	cm	胸囲	cm
診断項目	観察の要	診断及び指導内容		
理学所見	貧血	なし ・ あり		
	心音	なし ・ あり		
	呼吸音	なし ・ あり		
	腹部	なし ・ あり		
	四肢	なし ・ あり		
	視力・聴力	なし ・ あり		
	皮膚	なし ・ あり		
	歯・口腔	なし ・ あり		
運動面の発育	良好 ・ 要観察			
精神面の発育	良好 ・ 要観察			
栄 養 状 態	良好 ・ 要観察			
■上記診断に基づき、保育園の生活で特に留意する点				
健診日： 年 月 日				
病院・医院名： 医師氏名：				
Ⓜ				