

# 市立幼稚園入園申込書

令和 年 月 日

小野市教育委員会 様

保護者住所

保護者氏名

[続柄]

[自宅電話]

[携帯電話]

## 【申請にあたっての同意事項】

保育料の無償化に係る副食費免除の可否判定のため、世帯所得等を 小野市教育委員会が確認することを承諾します。

次のとおり、小野市立幼稚園の入園を申し込みます。

|                     |                                                                                       |      |          |    |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|----|
| 入園幼児                | ふりがな                                                                                  |      | 年齢       | 歳  |
|                     | 氏 名                                                                                   |      |          |    |
|                     |                                                                                       | 生年月日 | 令和 年 月 日 | 性別 |
| 現住所                 | 小野市                                                                                   |      |          |    |
|                     | 市外<br>現在、小野市に住民票がないが、令和9年3月末までに確実に市内に住所を異動します。<br>別途「幼稚園入園に関する申立書」に必要書類(※)を添えて申し込みます。 |      |          |    |
| 入園希望年月日             | 令和9年4月1日                                                                              |      |          |    |
| クラス                 | 新3歳児 ・ 新4歳児 ・ 新5歳児                                                                    |      |          |    |
| 小野市立幼稚園に通園されている兄弟姉妹 | いる ・ いない                                                                              |      |          |    |
| 他の保育所・認定こども園の申込状況   | していない ・ した（園所名： ）                                                                     |      |          |    |
| 預かり保育               | 希望する ・ 希望しない                                                                          |      |          |    |

※【必要書類】下記のうち該当するものを添付

- ・小野市外にお住まいの場合……「現住所の住民票(世帯全員が記載されているもの)」
- ・市内在住の祖父母宅に住所異動する場合…「異動先の住民票(世帯全員が記載されているもの)」
- ・小野市内に住居を新築または賃貸契約を予定している場合…「不動産売買契約書」、「賃貸契約書」等

裏面もご記入ください

## 【受付時確認事項】

- ☐ 定員を超過した場合のみ、連絡し抽選を行います
- ☐ 特別な支援が必要で、園生活に配慮を要する幼児の場合は、必ず申込前に園長にご相談ください

受付者

入園されるお子さまについて、ご記入ください

|                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日常生活                 | 食 事              | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食べるのに時間がかかる<br><input type="checkbox"/> 偏食（内容：_____）                                                                                                                                                                          |
|                      | 排 泄              | <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> トイレ可（ できる / 練習中 ）                                                                                                                                                                                                          |
|                      | 落ち着き・<br>集団での様子  | <input type="checkbox"/> 落ち着いて参加できる<br><input type="checkbox"/> 好きなこと・興味のあることしか集中できない<br><input type="checkbox"/> 絶えず動き回っている                                                                                                                                                       |
|                      | 理解・<br>コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 言葉の指示で理解できる <input type="checkbox"/> 短い指示なら理解できる<br><input type="checkbox"/> 動作で示すと理解できる <input type="checkbox"/> 理解が難しい                                                                                                                                  |
| 健康状態                 | 体質・疾患            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（アトピー、ぜんそく、てんかん、心疾患、発達に関する特性など）<br>・有の場合<br>症状：_____                                                                                                                                                                          |
|                      | 薬の服用             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>・有の場合<br>薬 名：_____<br>用法・回数：_____                                                                                                                                                                                         |
| 今までにかかった大きな病気        |                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名：_____）                                                                                                                                                                                                                    |
| アレルギー                |                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>・有の場合<br><input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> その他（_____）<br>・食物アレルギー（該当するもの）<br>食 品 名：_____<br>症 状：_____<br>発症時期：_____ |
| 身体障害者手帳・療育手帳         |                  | <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている（内容：_____）                                                                                                                                                                                                           |
| 医療的ケア（該当する場合のみ）      |                  | 詳細：_____                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| その他、ご不安な点があればご記入ください |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |