

ゆらりん千歳烏山保育園 入園申込書 2020年度（令和2年度）

保育園控

※申込書は直接ご希望の保育園に提出してください。

フリガナ				生年月日（西暦）		
お子様 氏名	男・女	西暦		年	月	日
		年齢（2020年4月1日時点）				
フリガナ					携帯 TEL	優先順位
保護者 氏名(父)						1 2 3
フリガナ					携帯 TEL	優先順位
保護者 氏名(母)						1 2 3
現住所	〒	自宅 TEL				優先順位
※ 現住所と入園時点の住所が異なる予定の方は、以下にご記入ください。						
入園時点 住所	〒	住民票移動予定日				年 月 日
希望入園 期間	<input type="checkbox"/> 年 月 1日 ~ 卒園まで					
	<input type="checkbox"/> 年 月 1日 ~ 年 月 末日					
希望保育時 間(入園時)	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
	時	分	～	時	分	
					夕食	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
希望保育時 間(入園半年 後)	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
	時	分	～	時	分	
					夕食	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
他園への 申込状況	認可保育所	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日申込） <input type="checkbox"/> 無				
	認証保育所	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日申込） <input type="checkbox"/> 無				
	当保育園以外の『ゆらりん』へ申込をされている場合は以下にご記入ください。					
	ゆらりん_____保育園（ 年 月 日申込）					
備考						
保育園 記入欄	受付日	年 月 日	ゆらりん千歳烏山保育園			

ゆらりん保育園 入園申込受付書

保護者控

入園申込書の記載に際して、以下の内容をご確認ください。

- ※ 東京都認証保育所「ゆらりん保育園」は、都内在住で月160時間以上の保育を必要とされる方のみが利用できる施設です。
- ※ 入園希望期間については各園の定員状況により、ご希望どおりにご入園いただけない場合がございます。この場合、入園準備が整った方から順次ご案内し、その後正式契約となります。
- ※ 入園を辞退される場合には、必ずご連絡くださいますようお願いいたします。
- ※ 保育無償化に伴い重要事項説明書や料金表に変更が生じる可能性がありますので、あらかじめご承知おきください。
- ※ **施設の認可化について**

現在お申込みの施設では2020年度中に認可化移行の予定はございません。今後、施設が認証保育所から認可保育所へ移行することとなった場合、その時点で在籍している児童の保護者の皆様には事前にご案内いたします。

尚、2021年度以降に認可保育所へ移行することとなった場合の入所については、各自治体の決定によるため、お住まいの自治体へ入所を申し込んでも認定区分によっては継続利用ができなくなる可能性もあります。

保育園				ゆらりん千歳烏山保育園		
記入欄	受付日	年 月 日				
				TEL:	03-5314-5888	

有効期限 : 2021年3月31日まで

◆ お子様の状況

フリガナ		生年月日(西暦)
お子様氏名		年 月 日
		2020年4月1日時点の年齢 歳
保 育 状 況 *該当する箇所へ記載をお願いします。	1. 家庭保育 保護者以外の方の保育支援を受けていますか？ 受けている ・ 受けていない 「受けている」場合は、以下該当に○をつけてください。 祖父母・友人・ベビーシッター・その他()	
	2. 保育施設等に預けている 年 月 日より 施設名称 _____ 所在地 _____	
健 康 状 態 *可能な範囲で詳しくご記入をお願いします。なお健康診断の際にも参考にさせていただきます。	1. 発達や慢性的な病気のことと相談している病院や施設がありますか？ ある ・ ない 「ある」場合には下記の内容にお答えください 病院名・施設名 _____ 病名等() 服薬：「ある」1日 回・薬の種類()	
	2. 障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか？ ある(障害者手帳 級 又は 愛の手帳 度)・ない	
	3. アトピーやアレルギー等の診断を受けたことがありますか？ ある・ない 「ある」場合には、下記の内容にお答え下さい ・アレルギー() ・症状、除去食等()	
	4. 保育園入園にあたり、健康上または発達上気になることがありましたらご記入ください。	

◆ 家庭状況票

該当する項目に○をつけ、差し支えない範囲でご記入をお願いします。

フリガナ		
お子様氏名		
保護者の状況	父	母
保育を必要とする理由	1.就労 2.介護 3.求職中 4.就学(学校名) 5.疾病・障害(病名)	1.就労 2.介護 3.求職中 4.出産 5.就学(学校名) 6.疾病・障害(病名)
就労形態	1.外勤 2.自営 3.内職 4.その他 ()	1.外勤 2.自営 3.内職 4.その他 ()
外勤の雇用形態	1.正規 2.派遣 3.契約 4.パート 5.育児休業取得中 6.休職中 7.その他 ()	1.正規 2.派遣 3.契約 4.パート 5.育児休業取得中 6.休職中 7.その他 ()
勤務先名称 (予定の場合も記入)	備考:	備考:
勤務先住所		
勤務先電話番号	TEL 内線	TEL 内線
現在の勤務時間・日数	時 分 ~ 時 分 勤務日数 週 : 日 土曜日勤務 有・無	時 分 ~ 時 分 勤務日数 週 : 日 土曜日勤務 有・無
※今後、就労形態や勤務時間の変更を予定している場合は、以下に変更後の状況をご記入ください。 (育児休業からの復帰、転職等、現時点でわかる限りで結構です。)		
変更開始時期	年 月頃より	年 月頃より
変更内容	1.育休復帰 2.その他()	1.育休復帰 2.その他()
変更後の雇用形態	1.正規 2.派遣 3.契約 4.パート 5.育児休業取得 6.休職 7.その他 ()	1.正規 2.派遣 3.契約 4.パート 5.育児休業取得 6.休職 7.その他 ()
変更後の勤務時間・日数	時 分 ~ 時 分 勤務日数 週 : 日 土曜日勤務 有・無	時 分 ~ 時 分 勤務日数 週 : 日 土曜日勤務 有・無
備考		

◆ 同居家族の状況

お子様と同居している家族全員について、ご記入をお願いします。

	氏名	続柄	性別	生年月日(西暦)	年齢	職業 または学校・保育園名等
1.		父	/	年 月 日		
2.		母	/	年 月 日		
3.			男・女	年 月 日		
4.			男・女	年 月 日		
5.			男・女	年 月 日		

個人情報の取扱いについて【認証】

1. 個人情報の適切な保護と管理者

弊社は、次の者を個人情報の保護管理者として任命し、お客様の個人情報を適切かつ安全に管理し、個人情報の漏えい、滅失又はき損を防止する保護策を講じています。

ライフサポート株式会社 個人情報保護管理者 総務部長 TEL：03-6709-9247 FAX：03-6709-9248

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-34-7 NEX 新宿ビル 3階

2. 個人情報の利用目的

お客様の個人情報は、①保育園申込管理のため ②入園後の保育事業の利用者管理及びサービス提供のため、弊社において正当な事業遂行の範囲内で利用いたします。お客様がご自身の個人情報を弊社に提供されるか否かは、お客様のご判断によりますが、もしご提供されない場合には、適切なサービスが提供できない場合がありますので予めご了承ください。※入園のお申込みをいただいた方には①を適用し、入園を頂いた方には②についても利用させていただきます。

3. 要配慮（センシティブ）個人情報の取得

弊社は、適切なサービスを提供するにあたり要配慮（センシティブ）個人情報を取得いたします。その際も上記『個人情報の利用目的』の範囲内で利用いたします。

4. 個人情報の第三者への提供

お客様の個人情報は、以下掲げる場合以外に、事前にご本人の同意無く第三者に提供することはありません。

- (1) 法令に基づく場合
- (2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得る事が困難であるとき
- (3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得る事が困難であるとき
- (4) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

5. 個人情報の取扱業務の委託

個人情報の取扱業務の全部または一部を外部に業務委託する場合があります。その際、弊社は、個人情報を適切に保護できる管理体制を敷き実行していることを条件として委託先を厳選したうえで、機密保持契約を委託先と締結し、お客様の個人情報を厳密に管理させます。

6. お客様からの使用停止、削除等の申込みへの応諾

お客様は、弊社に対してご自身の個人情報の開示等（利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止または消去、第三者への提供の停止）に関して、当社問合わせ窓口に出すことができます。

その際、弊社はお客様ご本人を確認させていただいたうえで、合理的な期間内に対応いたします。

なお、個人情報に関する弊社問合わせ先は、次の通りです。

ライフサポート株式会社 総務部長 個人情報問合せ窓口 TEL：03-6709-9247 FAX：03-6709-9248

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-34-7 NEX 新宿ビル 3階

上記について、同意をいただける場合は下記にご署名ください。

年 月 日

氏 名 _____

保護者名 _____