

受付印

令和7年度 転園申請書

特定教育・保育施設特定地域型保育事業
変更利用調整申請書兼保育所入所変更申込書

市 処 理 欄	入所 施設	
	番号	

※この転園申請書は、児童1人につき1枚必要です。

- 1 転園が決定した場合、キャンセルはできません。**
 (現在の施設には、他の児童が利用内定しているため、転園ができない場合は退園となります。)
 (複数年度の転園申請をする場合、先にいずれかの年度で転園決定後は、もう一方の年度の転園申請は自動的に取り下げとなります。)
- 2 この転園申請書は、年度内は有効になりますので転園の申請をやめたい場合は、取下届の提出が必要になります。
- 3 転園先の施設によっては、新たに健康診断・面接を受けていただく場合があります。
 (宛先) 浦安市長 現に利用している特定教育・保育施設等以外の施設等への入所を希望し、

利用の調整を受けるため、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申込日 令和 年 月 日

支給 認定 保護 者	住所	〒279- 浦安市			
	保護者①	フリガナ	氏名	電話番号	() -
	保護者②	フリガナ	氏名	電話番号	() -
在園先名称					
フリガナ				令和7年度クラス年齢	歳児クラス
児童の氏名				生年月日	年 月 日
家庭の状況		<input type="checkbox"/> 保護者以外の同居者(昭和36年4月2日～平成19年4月1日生)がいる(世帯分離の同居者を含む)			
転園を希望する期間		令和 年 月 1 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	
転園を希望する施設・事業所名 (No.に園番号を記載してください。)		第1希望 No.		第2希望 No.	
		第3希望 No.		第4希望 No.	
転園理由 (具体的に必ず記載してください。)					
兄弟姉妹で転園(入園)を希望の場合 ※希望の条件番号①～⑥までのうち、いずれか1つに☑チェックしてください。		<input type="checkbox"/> ①同時のみ、同園のみ希望 <input type="checkbox"/> ②同時のみ、別園OK <input type="checkbox"/> ③同時のみ、希望順位優先 <input type="checkbox"/> ④1人内定OK、同園のみ <input type="checkbox"/> ⑤1人内定OK、別園OK <input type="checkbox"/> ⑥1人内定OK、希望順位優先 ↓④、⑤、⑥は、先に1人でも内定を出す児童を指定するか☑してください。(指定する場合は氏名を記載。) <input type="checkbox"/> 先に1人でも内定を出す児童 <input type="checkbox"/> 指定しない <input type="checkbox"/> 指定する：氏名 ()			
申請児童の健康状態等 ※該当箇所に☑チェック及び記載してください。		・医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養・導尿など)の必要の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		・発達面で気になるところの有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →下段も記載	
		障がい・病名等 ()			
		・現在、治療又は相談している病院施設		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →下段も記載	
		障がい・病名等 () 病院・施設名 ()			
・アトピーやアレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →下段も記載			
症状等 ()					
・その他気になるところの有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →下段も記載			
()					

