

受付印

令和8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。

注
意
事
項

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-		メールアドレス		保護者1名		続柄 ()	
		浦安市							
	保 護 者 ①	フリガナ			保 護 者 ②	フリガナ			
		氏名				氏名			
		電話番号	()	-	電話番号	()	-		
在園先名称									
フリガナ						令和8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		☐ 保護者以外の同居者（昭和37年4月2日～平成20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				☐ 小学校就学前 まで ☐ 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				第2希望			
		No.				No.			
		第3希望				第4希望			
		No.				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。		☐ ①同時のみ、同園のみ希望 ☐ ②同時のみ、別園OK ☐ ③同時のみ、希望順位優先 ☐ ④1人内定OK、同園のみ ☐ ⑤1人内定OK、別園OK ☐ 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。）							
		先に1人でも内定を出す児童 ☐ 指定しない ☐ 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				☐ 無 ☐ 有			
		・発達面で気になるところの有無				☐ 無 ☐ 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				☐ 無 ☐ 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				☐ 無 ☐ 有 →下段も記載			
		症状等 ()							
		・その他気になるところの有無				☐ 無 ☐ 有 →下段も記載			
		()							

[illegible]