

利用希望施設変更届

収受印	NO.
	受付者

(あて先)
甲府市福祉事務所長

令和 年 月 日

保護者氏名(自署)

児童氏名	①	②	③
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

①利用を希望する施設名【変更年月：令和 年 月 ～】	※市記入欄	募集枠確認(/)	月齢確認
第1希望		有 ・ 無	可 ・ 不可
第2希望		有 ・ 無	可 ・ 不可
第3希望		有 ・ 無	可 ・ 不可
第4希望		有 ・ 無	可 ・ 不可
第5希望		有 ・ 無	可 ・ 不可

②きょうだいで入所を希望する場合 ※①から③の項目に希望する順に数字を記入してください(複数可)。希望しない場合は「×」としてください。また、該当事項の□に「レス」をつけてください。

希望順位	
	① 同じ施設に入所できる場合、入所を希望する
	② 別々の施設に入所できる場合、入所を希望する
	<input type="checkbox"/> 希望順どおりに別々の施設に入所する
	<input type="checkbox"/> 希望順が高い子のみ入所する
	<input type="checkbox"/> 上の子()のみ入所する ※入所しない児童の状況
	<input type="checkbox"/> 下の子()のみ入所する 預け先等()
	③ ひとりのみ入所できる場合、入所を希望する
	<input type="checkbox"/> どちらの子でも入所する
	<input type="checkbox"/> 上の子()が入所できるのであれば入所する ※入所できなかった児童の状況
	<input type="checkbox"/> 下の子()が入所できるのであれば入所する 預け先等()

入力者	
確認者	