

| | | | |
|-----|----------|---------------|-----|
| 記入日 | 令和 年 月 日 | 入所申込児童名(ふりがな) | () |
|-----|----------|---------------|-----|

1 申込児童について

(*の付いている項目は必ず記入してください、その他の項目は児童の状況等に応じて記入してください。)

※該当事項を記入し、該当する□に✓をつけてください。 ※保育施設に入所されている場合は施設名等を記入してください。

| | | | |
|-----------------|--|---|-------|
| * 保育状況 | <input type="checkbox"/> 認可保育所・認定こども園・小規模保育所等 <input type="checkbox"/> 認可外保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (預かり保育 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 職場の託児所 | | 施設名 : |
| | <input type="checkbox"/> 保護者() 産休・育休の取得 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() | | 所在地 : |
| * 入所できなかった場合 | 入所待ち | <input type="checkbox"/> 希望月以降も入所待ちする(年度内のみ) <input type="checkbox"/> 入所待ちしない(その後の利用調整は行いません) | |
| | 入所待ち方法 | <input type="checkbox"/> 認可外保育所に申込する <input type="checkbox"/> 幼稚園に申込する (預かり保育の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 保護者・親族が保育する <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他() ※求職活動中の場合 <input type="checkbox"/> 求職活動を休止する (令和 年 月頃・保育所入所 まで) <input type="checkbox"/> 育休を延長する (令和 年 月頃 まで) <input type="checkbox"/> その他() | |
| * 申込児童の兄弟姉妹について | | <input type="checkbox"/> いる (申込み児童を除いて _____ 人) 保育園に入所している場合 _____ 保育園 ※ ※兄弟姉妹が保育園に入所している場合 <input type="checkbox"/> 同じ園のみを希望 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹とは別の園でも可 <input type="checkbox"/> いない | |
| 出生状況 | 出生時の状況 : | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常() 週数(週) 予定日(/) 出生時の体重 (g) 現在の体重 (kg) | |
| | 出生後の状況 : | 異常ありの場合 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用(日間) <input type="checkbox"/> 酸素使用(日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 入院(NICU 日間・その他 日間) <input type="checkbox"/> その他の治療() | |
| 発達状況 | ・首がすわったのは <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> すわっていない ・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> 歩けない ・親と目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・意味のない言葉(喃語)が出ましたか <input type="checkbox"/> はい(月頃) <input type="checkbox"/> いいえ ・ママやブーブーなど意味のある片言を言いますか <input type="checkbox"/> はい(歳頃から) <input type="checkbox"/> いいえ ・家族と日常の会話ができますか <input type="checkbox"/> はい(歳頃から) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他(片言など) | | |
| 健康状況 | ・アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ([食品など] アナフィラキシーショック [治療法など]) ・アトピーはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ひきつけの経験はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他[]) ・視力が弱い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・聞こえにくい <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・入院や手術などの大きな病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 病名) 経過観察 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・上記以外に現在治療中の病気・けが <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:) ・現在続けている治療・ケア、服薬などありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・日常生活について、医師に指導を受けていますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 健康診査 | ・健診・相談を受けましたか <input type="checkbox"/> 受けていない (理由:) <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 6ヶ月相談 <input type="checkbox"/> 1歳児相談 <input type="checkbox"/> 2歳児相談 <input type="checkbox"/> 2歳半相談) その時に、相談や指導は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| その他 | ・病気やことば、その他の発達について、相談している病院や専門機関はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病気や症状() 病院や専門機関名() 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (級) 療育手帳 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) | | |

※発達や健康面で気になることがありましたら記入してください。

保育所等入所申込 家庭状況確認シート

2 保護者(父・母)の状況について

※該当事項を記入し、該当する□に✓及び○をつけてください。※死亡・離別等、不存在の場合はそれ以外の箇所は記入不要です。

| | 父 | 母 |
|----------|--|--|
| 連絡先 | 携帯番号 — — | 携帯番号 — — |
| 保育が必要な理由 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労予定・内定 (年 月 ~) 勤務地 () / 通勤所要時間 (時間 分) | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労予定・内定 (年 月 ~) 勤務地 () / 通勤所要時間 (時間 分) |
| | | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産予定日 年 月 日) |
| | <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 |
| | <input type="checkbox"/> 求職活動 (前職 有・無 / 退職理由 自己都合・解雇・倒産) (時期 : 求職活動中・令和 年 月頃から) | <input type="checkbox"/> 求職活動 (前職 有・無 / 退職理由 自己都合・解雇・倒産) (時期 : 求職活動中・令和 年 月頃から) |
| | <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 通学所要時間 (時間 分) 週 () 日・() 時間 | <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 通学所要時間 (時間 分) 週 () 日・() 時間 |
| | <input type="checkbox"/> 育休中 (短縮 可・不可 / 延長 可・不可) 育休期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 育休中 (短縮 可・不可 / 延長 可・不可) 育休期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 不存在 死亡・離婚・未婚・その他 () 生活保護受給 無・有 | <input type="checkbox"/> 不存在 死亡・離婚・未婚・その他 () 生活保護受給 無・有 |
| 外国籍の方 | 国籍 () 通訳 要・不要 日本語 聞き取り (よくできる・できる・少しならできる・できない) 話す (よくできる・できる・少しならできる・できない) | 国籍 () 通訳 要・不要 日本語 聞き取り (よくできる・できる・少しならできる・できない) 話す (よくできる・できる・少しならできる・できない) |

3 祖父母の状況について(同居・別居問わずご記入ください)

※該当事項を記入し、該当する□に✓をつけてください。※死亡・離別の場合はそれ以外の箇所は記入不要です。

| 続柄 | 氏名等 | 就労等の状況 | |
|----|-----|---|---|
| 父方 | 祖父 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 (業種) <input type="checkbox"/> その他 () 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ : |
| | | 生年月日 年 月 日 R5.4.1時点の年齢 (歳) | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 住所 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中 就労の予定 (<input type="checkbox"/> 有 年 月頃 ~ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 介護 (介護認定) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 障がい () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病気療養 (病名) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖母 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 (業種) <input type="checkbox"/> その他 () 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ : |
| | | 生年月日 年 月 日 R5.4.1時点の年齢 (歳) | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 住所 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中 就労の予定 (<input type="checkbox"/> 有 年 月頃 ~ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 介護 (介護認定) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 障がい () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病気療養 (病名) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 母方 | 祖父 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 (業種) <input type="checkbox"/> その他 () 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ : |
| | | 生年月日 年 月 日 R5.4.1時点の年齢 (歳) | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 住所 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中 就労の予定 (<input type="checkbox"/> 有 年 月頃 ~ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 介護 (介護認定) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 障がい () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病気療養 (病名) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖母 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 (業種) <input type="checkbox"/> その他 () 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ : |
| | | 生年月日 年 月 日 R5.4.1時点の年齢 (歳) | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別 住所 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中 就労の予定 (<input type="checkbox"/> 有 年 月頃 ~ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 介護 (介護認定) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 障がい () <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病気療養 (病名) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> その他 () |