

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

※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： <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ ）
入所で 場 合 な か つ た	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"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他（ ）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"/> 異常あり <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"/> 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"/> （ か月頃） <input type="checkbox"/> すわっていない		おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> （ か月頃） <input type="checkbox"/> できない
	歩き始めたのは <input type="checkbox"/> （ か月頃） <input type="checkbox"/> 歩けない		転ばないで上手に歩けますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
親と目があいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		行動は <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多動傾向 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
意味のない言葉(喃語)が出ましたか <input type="checkbox"/> はい（ か月頃） <input type="checkbox"/> いいえ		要求を人に伝えられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ママや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"/> 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"/> 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"/> 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 ( )	<input type="checkbox"/> 不存在 死亡・離婚・未婚・その他 ( )
その他	生活保護受給 無・有	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 ( よくてできる・できる・少しならでできる・できない ) 話す ( よくてできる・できる・少しならでできる・できない )	国籍 ( ) 通訳 要・不要 日本語 聞き取り ( よくてできる・できる・少しならでできる・できない ) 話す ( よくてできる・できる・少しならでできる・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	<input type="checkbox"/> 有 氏名 □正社員 □パート □アルバイト □派遣 □内職 □自営業(業種 ) □その他 ( ) 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ :
		<input type="checkbox"/> 無 生年月日 年 月 日 R3.4.1時点の年齢 ( 歳 ) □無職 □求職中 就労の予定 ( □有 年 月頃~ □無 ) □介護 ( 介護認定 ) □本人 □家族 ( ) □障がい ( ) □本人 □家族 ( ) □病気療養 ( 病名 ) □入院 □通院 ( 週・月 回 ) □その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 同居 □別居 □死亡 □離別 住所
	祖母	<input type="checkbox"/> 有 氏名 □正社員 □パート □アルバイト □派遣 □内職 □自営業(業種 ) □その他 ( ) 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ :
		<input type="checkbox"/> 無 生年月日 年 月 日 R3.4.1時点の年齢 ( 歳 ) □無職 □求職中 就労の予定 ( □有 年 月頃~ □無 ) □介護 ( 介護認定 ) □本人 □家族 ( ) □障がい ( ) □本人 □家族 ( ) □病気療養 ( 病名 ) □入院 □通院 ( 週・月 回 ) □その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 同居 □別居 □死亡 □離別 住所
母方	祖父	<input type="checkbox"/> 有 氏名 □正社員 □パート □アルバイト □派遣 □内職 □自営業(業種 ) □その他 ( ) 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ :
		<input type="checkbox"/> 無 生年月日 年 月 日 R3.4.1時点の年齢 ( 歳 ) □無職 □求職中 就労の予定 ( □有 年 月頃~ □無 ) □介護 ( 介護認定 ) □本人 □家族 ( ) □障がい ( ) □本人 □家族 ( ) □病気療養 ( 病名 ) □入院 □通院 ( 週・月 回 ) □その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 同居 □別居 □死亡 □離別 住所
	祖母	<input type="checkbox"/> 有 氏名 □正社員 □パート □アルバイト □派遣 □内職 □自営業(業種 ) □その他 ( ) 週・月 日勤務 / 勤務時間 : ~ :
		<input type="checkbox"/> 無 生年月日 年 月 日 R3.4.1時点の年齢 ( 歳 ) □無職 □求職中 就労の予定 ( □有 年 月頃~ □無 ) □介護 ( 介護認定 ) □本人 □家族 ( ) □障がい ( ) □本人 □家族 ( ) □病気療養 ( 病名 ) □入院 □通院 ( 週・月 回 ) □その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 同居 □別居 □死亡 □離別 住所