

利 用 申 込 補 助 票




申請児童名	生年月日
	年 月 日

●児童の状況

成 育 歴	<input type="checkbox"/> 安産 <input type="checkbox"/> 難産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産(____か月) <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> その他 出生時の体重 _____g 現在の体重 _____kg 現在の身長 _____cm
栄 養 状 況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 ____回/日食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他()
発 達 状 況	①首のすわり ____か月 ②寝返り ____か月 ③ひとり歩き ____歳____か月 ④発語 <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> なんでも話せる
生 活 状 況	①排泄について <input type="checkbox"/> 1人のできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用(紙・布) ②着脱について <input type="checkbox"/> 1人のできる <input type="checkbox"/> 介助が必要
現 在 状 態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病・治療中等 (<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> アトピー) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 症状等()
通 院 ・ 入 院 歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 通院 (週・月・年 ____回) (検査年 ____回) ____歳____か月頃から <input type="checkbox"/> 入院 _____年____月____日 ~ _____年____月____日 ・医療機関名() ・病名() ・症状等() ・治療状態 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 様子見 <input type="checkbox"/> 完治
服 薬 中 の 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日____回、朝・昼・晩 薬の名称)
乳 幼 児 健 診 の 受 診 状 況	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 8, 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月(歯科) <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 5歳 ≪健康診査時に指導や事後フォロー等≫ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(____歳____か月時)(具体的に)
アレルギ-の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 牛乳・卵・小麦・甲殻類(えび・かに)・果物類・そば・その他() アレルギー検査の受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院) <small>※食物アレルギーがある場合には、食物アレルギー調査票も御提出ください。</small>
除 去 食 の 対 応	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要 (除去理由: <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食物:) <input type="checkbox"/> その他()) 【 <input type="checkbox"/> 申請児童が入所希望保育所で除去食対応が可能か確認し、理解している】 <small>※除去内容によっては、対応できない場合もあります。必ず入所希望保育所に御確認ください。</small>
障 害 者 手 帳 の 有 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(^{発行} 官公署名 () / <input type="checkbox"/> 身体____級 <input type="checkbox"/> 精神____級 <input type="checkbox"/> 療育 A・B / 1・2)
発 達 等 の 相 談 や 施 設 利 用 の 有 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡お子様を安全に保育するにあたり、見学時にお子様の状況についてご相談ください。 (<input type="checkbox"/> 現在相談・利用中 <input type="checkbox"/> 過去に相談・利用あり(____年頃) 施設: <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> まめの木 <input type="checkbox"/> ひよこ園 <input type="checkbox"/> その他() 相談・利用状況: ____歳____か月から 週・月 ____回 相談内容:)

〈必ず裏面も記入してください。〉

●その他の状況等

児童の送迎 ※主にされる方	送り	(氏名:) (続柄:) 自宅 から 保育所 まで で 時間 分
	迎え	(氏名:) (続柄:) 自宅・職場 から 保育所 まで で 時間 分
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> ①家庭保育 <input type="checkbox"/> ②職場へ帯同している <input type="checkbox"/> ③知人・親類等に預けている <input type="checkbox"/> ④一時預かり <input type="checkbox"/> ⑤その他施設(施設名:)	
現在の申請状況	<input type="checkbox"/> 申請中(年 月入所希望) <input type="checkbox"/> 新規申請	
兄弟姉妹 同時申請の場合	<input type="checkbox"/> 該当なし	
	<input type="checkbox"/> 同時に入所を希望する(1人だけの入所は辞退する)  <input type="checkbox"/> 希望順位よりも同じ施設を優先(同じ月・同じ施設) <input type="checkbox"/> 別々の施設に入所となってもよい(同じ月・別々の施設) <input type="checkbox"/> 1人だけの入所でも希望する(どなたを優先しますか)  <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> (児童名:) の入所を優先	
利用できないときの 対応予定	<input type="checkbox"/> 自宅で保育する(その他の施設などに預けることは考えていない) <input type="checkbox"/> 他の施設などに預ける(私設保育施設・幼稚園・その他()) <input type="checkbox"/> 親族等が保育する <input type="checkbox"/> その他(例:『職場につれていく』など、具体的に記入してください) ()	
	<input type="checkbox"/> 申請を取上げる → 申込み時、「取下げ・辞退届」を併せて御提出ください。 ※育児休業延長予定の方のみ <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで育児休業を延長する  <input type="checkbox"/> 入所決定次第復職可能 <input type="checkbox"/> 入所決定しても復職できません → 申込み時、「取下げ・辞退届」を併せて御提出ください。 (理由:)	
過去滞納保育料 ※卒園児含む	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年度、 か月分、 月 ~ 月 児童名:) <small>※希望入所月の申込締切日までに滞納がある場合、利用調整上不利になります。</small>	
優先連絡先 ※申込み後の問合せ や入所決定の連絡先	1(電話番号:) (氏名:) (続柄:)	
	2(電話番号:) (氏名:) (続柄:)	
	3(電話番号:) (氏名:) (続柄:)	
	4(電話番号:) (氏名:) (続柄:)	