

受付 窓・郵

|                                                                |         |           |          |                |
|----------------------------------------------------------------|---------|-----------|----------|----------------|
| フリガナ                                                           | ヤマト カスト | 性別        | 生年月日     |                |
| 児童名                                                            | 大和 和人   | 男・女       | 7. 7. 10 |                |
| 家族構成（住民票の記載にかかわらず、同居の親族等を全員記入してください。（入所希望月の1日時点での状況を記入してください。） |         |           |          |                |
| 氏名                                                             | 続柄      | 生年月日      | 年齢       |                |
| 大和 太郎                                                          | 父       | S 63・9・14 | 37       | 男 会社員          |
| 大和 花子                                                          | 母       | H 3・11・28 | 34       | 女 求職活動         |
| 東 大介                                                           | 祖父      | S 28・10・5 | 72       | 男 女            |
| 大和 一子                                                          | 姉       | H 28・6・10 | 9        | 男 女 第二十小学校 3年生 |
| 大和 二郎                                                          | 兄       | R 2・5・31  | 5        | 男 女 ○○保育園      |
|                                                                |         | .         | .        | 男・女            |

|                                |     |           |
|--------------------------------|-----|-----------|
| 申請児童の状況（母子健康手帳をご覧のうえ、ご記入ください。） | 記入日 | R7年11月10日 |
|--------------------------------|-----|-----------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| 出生時の状態                                                                                                                                                                                                                                                              | 妊娠期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 40 週                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 出生時の体重 | 3040 g | 出生時の身長 | 49.2 cm |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 出生後の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 特別所見・処置〔 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 保育器( 日間)〕                                                                                                                                                                                                                                                  |        |        |        |         |
| 健康状況                                                                                                                                                                                                                                                                | 分娩時の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 心身の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 現在の体重 7.7 k g 現在の身長 69.1 cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | ひきつけ・無熱性けいれんを起こしたことがありますか。 ※有の場合、医師の診断書等が必要です。<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )〕                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 熱性けいれんを起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔発症回数 ( 1 回)〕<br>※頻繁に症状が出る場合は、医師の診断書等が必要です。別途、保育施設から診断書等の提出を求められる場合があります。                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | アレルギー疾患はありますか。 ※後日、保育施設から医師の診断書等の提出を求められる場合があります。<br><input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input checked="" type="checkbox"/> 食物 ( 卵 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )〕<br>〔食物アレルギーの除去食 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（食物 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | その他に発達や慢性的な病気について通っている病院や施設がありますか。<br>※医師の診断書等が必要な場合があります。詳しくは入園案内をご確認ください。<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（病名・相談内容等<br>(医療機関名・児童発達支援事業所名                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（障害名<br>〔身体障害者手帳 ( 級)・愛の手帳                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 常用している薬はありますか。 ※原則、保育時間中の薬の投与は行いません。<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類 , 現在 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 投与 )                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 集団保育を受ける上で注意する事項の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（以下に具体的に記入してください。）                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 発達状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ＜乳幼児健診＞<br>・3～4か月児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 済 (健康 要観察) <input type="checkbox"/> 未 ・1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未<br>・6～7か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未 ・3歳児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未<br>・9～10か月児健診 <input type="checkbox"/> 済 (健康・要観察) <input checked="" type="checkbox"/> 未 |        |        |        |         |
| ＜発達＞<br>首がすわったのはいつですか 4 か月ごろ～ ・まだすわっていない<br>寝返りをしたのはいつですか 5 か月ごろ～ ・まだしていません<br>ひとりすわりをしたのはいつですか か月ごろ～ まだしていません<br>はいはいをしたのはいつですか か月ごろ～ まだしていません<br>つかまり立ちをしたのはいつですか か月ごろ～ まだしていません<br>ひとり歩きをしたのはいつですか 歳 か月ごろ～ まだしていません<br>2語文などを言いますか (ワンワン キタ、マンマ チョウダイ等) はい ・ いいえ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |         |

|                                        |                                                                                             |                                                            |                               |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 保育を必要とする理由等（入所希望月の1日現在での状況を記入してください。）  |                                                                                             |                                                            |                               |
|                                        | 父の状況                                                                                        | 母の状況                                                       |                               |
| フリガナ                                   | ヤマト タロウ                                                                                     | ヤマト ハナコ                                                    |                               |
| 氏名                                     | 大和 太郎                                                                                       | 大和 花子                                                      |                               |
| 携帯電話番号                                 | 012-3456-7890                                                                               | 098-7654-3210                                              |                               |
| 保育を必要とする理由<br>※該当に○印をし、以下の該当欄にご記入ください。 | ① 労働 ③ 疾病・障害<br>④ 介護等 ⑤ 災害復旧 ⑥ 求職<br>⑦ 就学 ⑧ 不存在 ⑨ その他                                       | ① 労働 ② 出産 ③ 疾病・障害<br>④ 介護等 ⑤ 災害復旧 ⑥ 求職<br>⑦ 就学 ⑧ 不存在 ⑨ その他 |                               |
| ① 労働・⑦ 就学                              | ※労働の方は就労証明書、就学の方は在学証明書と時間割のわかる書類を添付してください。<br>※育児休業中の方は、入所後1か月以内に元の勤務先へ復職する必要があります。         |                                                            |                               |
|                                        | 勤務形態                                                                                        | 常勤 非常勤(パート)・自営・内職                                          | 常勤・非常勤(パート)・自営・内職             |
|                                        | 勤務・就学先名                                                                                     | (株)○×商事                                                    |                               |
|                                        | 所在地                                                                                         | 東京都××市△△町123-5                                             |                               |
|                                        | 採用・就学(予定)年月日                                                                                | 平成 23年 4月 1日                                               | 年 月 日                         |
|                                        | 勤務日数                                                                                        | 週 5 日 または 月 日                                              | 週 日 または 月 日                   |
|                                        | 就労日数                                                                                        | 月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期                                       | 月・火・水・木・金・土・日・祝日・不定期          |
|                                        | 勤務時間                                                                                        | 8時 00分 ～ 18時 30分                                           | 時 分 ～ 時 分                     |
|                                        | 通勤時間                                                                                        | 片道 1 時間 分<br>(電車・車・自転車・バス・その他 )                            | 片道 時間 分<br>(電車・車・自転車・バス・その他 ) |
|                                        | 育児期間                                                                                        | 年 月 日～ 年 月 日                                               | 年 月 日～ 年 月 日                  |
| ② 出産                                   | ※母子健康手帳を提示してください。                                                                           |                                                            |                               |
|                                        | 出産日                                                                                         | 年 月 日                                                      | 年 月 日                         |
| ③ 疾病・障害                                | 産休                                                                                          | (期限) 年 月 日まで                                               |                               |
|                                        | ※疾病・愛<br>病名・障害<br>状況                                                                        | 診断書等（お子さんの保育ができないことがわかるもの）を添付してください。<br>お持ちの方は、提示してください。   |                               |
|                                        | 病名                                                                                          |                                                            |                               |
|                                        | 種 級・度                                                                                       |                                                            | 種 級・度                         |
| ④ 介護等                                  | 状況                                                                                          | 入院中・通院(週・月 回)・その他                                          | 入院中・通院(週・月 回)・その他             |
|                                        | ※介護を必要とする親族の診断書を添付してください。別居の親族の場合は要介護3～5と確認できる書類も必要です。                                      |                                                            |                               |
|                                        | 介護する親族                                                                                      | 氏名 続柄 (同居・別居)                                              | 氏名 続柄 (同居・別居)                 |
|                                        | 病名等                                                                                         |                                                            |                               |
| ⑤ 災害                                   | 介護の状況                                                                                       | 在宅 ・ 入院 ・ 通院通所 ・ その他                                       | 在宅 ・ 入院 ・ 通院通所 ・ その他          |
|                                        | ※罹災証明書等を添付してください。                                                                           |                                                            |                               |
| ⑥ 求職                                   | 状況                                                                                          |                                                            |                               |
|                                        | ※求職活動中（予定含む）の方は、求職活動申告書を添付してください。<br>※入所後2か月以内に他の要件（月48時間以上の就労等）が必要です。他の要件に該当しない場合は退所となります。 |                                                            |                               |
| ⑧ 不存在                                  | ※戸籍謄本等を添付してください。                                                                            |                                                            |                               |
|                                        | 理由                                                                                          | 死亡 ・ 離婚 ・ その他 ( )                                          | 死亡 ・ 離婚 ・ その他 ( )             |

|           |                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 希望する利用区分  | <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用（最長11時間保育） <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間利用（最長8時間保育）<br>※求職中、勤務・就学時間が月120時間未満の方がいる場合は、保育短時間利用となります。 |
| 希望する利用時間  | 8時 30分 ～ 16時 30分 <input checked="" type="checkbox"/> 平日のみ <input type="checkbox"/> 平日及び土曜日                                                      |
| 延長保育希望の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※延長保育については保育所等で別途申込手続きが必要です。                                                   |