提出

保育所等申込補助票

記入日	年　月　日

児童の状況

ふりがな 児童氏名		第　子	性別	男・女	生年月日	年　月　日	
出生時体重	g	現在の体重	g kg	かかりつけ医			
運動	首のすわり	ヶ月ころ	歩行	歳　ヶ月ころ	手足の運動で気になること	□ 無 □ 有（　）	
眼	□ よく見える　□ あまり見えない　（症状や受診状況　）						
耳	□ よく聞こえる　□ あまり聞こえない　（症状や受診状況　）						
体質・アレルギー等	ひきつけを起こしたこと	□ 無　□ 有（　回、直近:　歳　ヶ月ころ、服薬: □ 無　□ 有）					
	食物アレルギー	□ 無　□ 有	原因となるもの	□ 卵 □ 牛乳 □ その他（　）			
	症状		医師の診断	□ 無　□ 有			
	家庭での対応	□ 完全除去　□ 部分除去　□ 除去はしていない					
	食物以外	□ 喘息　□ アレルギー性鼻炎　□ アトピー性皮膚炎　□ その他（　）					
発育・発達	行動や発達等で気になること	□ 無　□ 有（　）					
	発達等で相談している機関	□ 無　□ 有（機関名:　内容:　）					
身体障害者手帳について	□ 無　□ 有（等級　級 ／ 障害名　）						
特別児童扶養手当証書について	□ 無　□ 有	療育手帳について	□ 無　□ 有（□ A □ B）				
乳幼児健診について	□ 受診した（□ 3～4ヶ月　□ 9～10ヶ月　□ 1歳6ヶ月　□ 3歳6ヶ月）						
	様子を見る様に言われたこと	□ 無　□ 有（　）					
	□ 受診していない						
入園に際して心配なこと	□ 無　□ 有（　）						
その他伝えておきたいこと							

上記は児童の発達や健康状況等を入所前に確認し安全にお預かりできるようにするためのものです。該当する項目にもれなく記入してください。なお、回答内容で入所の可否を決定するためのものではありません。

世帯の状況等

	母親の状況	父親の状況
病気、障害	病名（　）、入院（　年　月　日～） 臥床、安静、通院（　日/週）、その他（　） 障害名（　）、等級（　級）	病名（　）、入院（　年　月　日～） 臥床、安静、通院（　日/週）、その他（　） 障害名（　）、等級（　級）
看護、介護	病人氏名（　）　児童との続柄（　） 病名・障害名（　） □ 入院（　年　月　日～）　□ 入院付添い □ 居宅内看(介)護　□心身障害者看護（　級） 看(介)護に要する時間 週平均（　日）、1日平均（　時間）	病人氏名（　）　児童との続柄（　） 病名・障害名（　） □ 入院（　年　月　日～）　□ 入院付添い □ 居宅内看(介)護　□心身障害者看護（　級） 看(介)護に要する時間 週平均（　日）、1日平均（　時間）
祖父母の状況	【母方】□ 同居(世帯分離含む)　□ 別居 住所(別居の場合) 祖父　氏名 祖母　氏名 連絡先	【父方】□ 同居(世帯分離含む)　□ 別居 住所(別居の場合) 祖父　氏名 祖母　氏名 連絡先
送迎の予定	送り　：□ 父 □ 母 □ 祖父　□ 祖母 □ その他（　）	
	迎え　：□ 父 □ 母 □ 祖父　□ 祖母 □ その他（　）	
就学前の兄弟姉妹	□ 無　□ 有 → 有の場合　氏名（　）、（　）保育園・幼稚園 氏名（　）、（　）保育園・幼稚園	

備　考	

※該当欄がない場合や、不足する場合は、備考欄に記入ください。

※記入事項に事実と相違する内容があった場合は、入所承諾を取消すことがありますので、ご注意ください。

※記入された内容については、保育実施を円滑に行うため、保育所等へ情報提供いたします。

受付者: