

B-1 家庭状況書

入所申し込み数が定員を超えた場合、公平な審査をするうえで重要な資料となります。記入内容が事実と相違している場合、入所の承諾ができませんので正確に記入してください。

※教育認定申込の場合、太枠の欄のみ記入してください。

申込児童名		児童生年月日			年 月 日			
入所希望施設名	※第1希望の施設のみ記入							
1) 保護者の状況 ※教育認定申込の場合は記入不要です	【 母 親 】		【 父 親 】					
	① 通勤手段 自宅から職場までの通勤時間：_____分 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		自宅から職場までの通勤時間：_____分 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩					
	② 産休・育児休業取得状況 出産(予定)日：_____年 月 日 ⇒育休復帰(予定)日：_____年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定		育児休業開始日：_____年 月 日 育休復帰(予定)日：_____年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定					
2) 児童の送迎	①送迎する人： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他： ②送迎の方法： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他：							
3) 保育料・副食費の納付状況	現在まで滞納となっている保育料・副食費はありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 納付相談済み <input type="checkbox"/> 納付相談を希望 <input type="checkbox"/> 納付予定： ※注) 保育料・副食費に滞納があり、納付相談のない場合は、入所審査上減点の対象となります。							
4) 児童の祖父母の状況	氏 名		年 齢	住 所	同居 別居	就 労 状 況		
	父 方	祖父			(連絡先 - -)	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 就労 (フル・パート) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職	
		祖母				(連絡先 - -)	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 就労 (フル・パート) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職
	母 方	祖父				(連絡先 - -)	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 就労 (フル・パート) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職
		祖母				(連絡先 - -)	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 就労 (フル・パート) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職
※これより下記は「ひとり親(母子/父子)」に該当する人のみ記入してください。								
5) ひとり親の状況	(1) ひとり親の理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(離婚調停： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ⇒事由発生日：_____年 月 日 (2) 児童は、税法上、どなたの被扶養者ですか？ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(氏名：_____続柄：_____) (3) 児童は、どなたの健康保険に加入していますか？ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(氏名：_____続柄：_____) ⇒保険種別： <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他： (加入年月日 年 月 日) (4) 児童扶養手当受給状況 <input type="checkbox"/> 受給中(受給開始時期：_____年 月) <input type="checkbox"/> 申請中(申請日：___/___) <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請したが受給なし →理由： <input type="checkbox"/> 所得制限(<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 同居家族) <input type="checkbox"/> 婚姻予定があるため <input type="checkbox"/> その他：_____ <input type="checkbox"/> 申請なし →理由： <input type="checkbox"/> 所得制限(本人・同居家族) <input type="checkbox"/> 婚姻予定があるため <input type="checkbox"/> その他 (5) 生計の維持方法について(該当するものすべてに記入) <input type="checkbox"/> 就労収入(月額_____円) ⇒ 就労開始年月日_____年 月 日就労(予定) <input type="checkbox"/> 養育費(月額_____円) <input type="checkbox"/> 親族からの援助(月額_____円) <input type="checkbox"/> 児童手当(対象児童数：_____人) <input type="checkbox"/> 遺族年金(月額_____円) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)：_____							

B-2 児童の健康状況申告書

※本申告書は申込児童1名につき、1枚記入して下さい。申込児童が2名以上の場合は追加配布またはコピーのうえ、作成して下さい。

フリガナ		記入日時点の年齢		
児童名			歳	カ月

問	答	
① 生まれた時の状況は	<input type="checkbox"/> 通常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死	
② 生まれた時の体重はいくらですか	g	
③ 生まれた時は妊娠何週でしたか	週	
⇒②で2,000g未満、または③で36週未満だった場合、現在の身長・体重	身長	体重
	cm	kg
④ 首がすわったのはいつ頃ですか（※記入日時点で月齢5カ月以上の場合のみ記入）	<input type="checkbox"/> カ月	<input type="checkbox"/> まだ
⑤ ひとり座りができるようになったのはいつ頃ですか。 （※記入日時点で月齢5カ月以上の場合のみ記入）	<input type="checkbox"/> カ月	<input type="checkbox"/> まだ
⑥ 先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、病名等（ ） 通院・通所施設名（ ）		
通院・通所回数 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 に（ ）回 <input type="checkbox"/> 通院・通所中 <input type="checkbox"/> 通院・通所予定		
通院・通所の目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑦ 先天性の病気や慢性疾患による医療的ケアがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、医療的ケアの内容 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑧ 熱性けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑨ 障害者手帳等の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、①手帳種別 ※必ず手帳の写しを添付して下さい。 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育（等級： ） ②特別児童扶養手当受給の有無 <input type="checkbox"/> 有（等級： 級） <input type="checkbox"/> 無		
⑩ アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、具体的な内容（ ）		
⑪ 健康診査を受診しましたか（※4カ月児、1歳6カ月児、3歳児健康診査）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑫ ⑪で「はい」の場合、受診した健康診査の結果、気になることはありませんか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）		
⑬ 心身、言語等の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）		
⑭ 歩き始めたのはいつごろですか	<input type="checkbox"/> カ月	<input type="checkbox"/> まだ
⑮ 理由なく突然たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑯ 生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか。 （※数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑰ 人に触れられる、大きな音などを極端に嫌がりますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑱ 後追いをしますか（しましたか）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 名前を呼ばれたら返事しますか（※呼ばれたことがわかり、反応する）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 意味のある単語（物の名称など）を話しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 簡単な指示を理解できますか（「～チョウダイ」「マッテテネ」など）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 危険な行為を大人の表情や、簡単な言葉かけでやめる事ができますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 自由記入（※その他、児童について、気になることがあればご記入ください。）		