

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	児童との続柄 ()		児童との続柄 ()			
	① 通勤手段 自宅から職場までの通勤時間：_____分 ☐ 自家用車 ☐ バイク ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自転車 ☐ 徒歩		① 通勤手段 自宅から職場までの通勤時間：_____分 ☐ 自家用車 ☐ バイク ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自転車 ☐ 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 ☐ 未定		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 ☐ 未定			
2) 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？ ☐ 無 ☐ 有→ ☐ 納付相談済み ☐ 納付相談を希望 ☐ 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。					
3) 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 - -)	☐ 同 ☐ 別	☐ 就労 (フル・パート) ☐ 自営 ☐ 無職
		祖母		(連絡先 - -)	☐ 同 ☐ 別	☐ 就労 (フル・パート) ☐ 自営 ☐ 無職
	母 方	祖父		(連絡先 - -)	☐ 同 ☐ 別	☐ 就労 (フル・パート) ☐ 自営 ☐ 無職
		祖母		(連絡先 - -)	☐ 同 ☐ 別	☐ 就労 (フル・パート) ☐ 自営 ☐ 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。						
4) ひとり親の状況	(1) ひとり親の理由 ☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 別居 (離婚調停： ☐ 有 ・ ☐ 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？ ☐ 父 ☐ 母 ☐ 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？ ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 (氏名：_____続柄：_____) ⇒保険種別： ☐ 社保 ☐ 国保 ☐ その他： (加入年月日 _____年____月____日) (4) 児童扶養手当受給状況 ☐ 受給中 (受給開始時期：_____年____月) ☐ 申請中 (申請日：____/____) ☐ 申請予定 ☐ 申請したが受給なし →理由： ☐ 所得制限 (☐ 本人・ ☐ 同居家族) ☐ 婚姻予定があるため ☐ その他：_____ ☐ 申請なし →理由： ☐ 所得制限 (本人・同居家族) ☐ 婚姻予定があるため ☐ 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) ☐ 就労収入 (月額_____円) ⇒ 就労開始年月日_____年____月____日就労 (予定) ☐ 養育費 (月額_____円) ☐ 親族からの援助 (月額_____円) ☐ 児童手当 (対象児童数：_____人) ☐ 遺族年金 (月額_____円) ☐ 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、作成してください。

フリガナ		記入日時点の年齢	歳	カ月
児童名				

問	答	
① 生まれた時の状況は	☐ 通常分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 早産 ☐ 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か月以上の場合のみ記入）	☐ か月	☐ 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か月以上の場合のみ記入）	☐ か月	☐ 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	☐ いいえ	☐ はい
⇒「はい」の場合、病名等（ ） 通院・通所施設名（ ）		
通院・通所回数 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 週 に（ ）回 ☐ 通院・通所中 ☐ 通院・通所予定		
通院・通所の目的 ☐ 治療 ☐ 経過観察 ☐ 療育 ☐ 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	☐ いいえ	☐ はい
⇒「はい」の場合、医療的ケアの内容 ☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内の喀痰吸引 ☐ 経管栄養 ☐ 酸素吸入 ☐ 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。	☐ いいえ	☐ はい
⑨ 障害者手帳等の交付を受けていますか	☐ いいえ	☐ はい
⇒「はい」の場合、①手帳種別 ※必ず手帳の写しを添付してください。 ☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育（等級： ）		
②特別児童扶養手当受給の有無 ☐ 有 （等級： 級） ☐ 無		
⑩ アレルギー疾患と診断されていますか	☐ いいえ	☐ 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か月児、1歳6か月児、3歳児健康診査）	☐ いいえ	☐ はい
⑫ ⑪で「はい」の場合、受診した健康診査の結果、気になることがありましたか。	☐ いいえ	☐ 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	☐ いいえ	☐ 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	☐ か月	☐ まだ
⑮ 理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	☐ いいえ	☐ 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）	☐ いいえ	☐ 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	☐ いいえ	☐ はい
⑱ 後追いをしますか（しましたか）	☐ いいえ	☐ 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）	☐ いいえ	☐ はい
⑳ 意味のある単語（物の名称など）を話しますか	☐ いいえ	☐ はい
㉑ 話しかけられた人と目を合わせますか	☐ いいえ	☐ はい
㉒ 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）	☐ いいえ	☐ はい
㉓ 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	☐ いいえ	☐ はい
㉔ 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	☐ いいえ	☐ はい
㉕ ほかに子どもや周囲に関心を示しますか	☐ いいえ	☐ はい
㉖ 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。）		