

施設(事業)利用申請書補助票

|      |  |      |   |   |    |
|------|--|------|---|---|----|
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 児童氏名 |  |      |   |   |    |

1 児童の状況について

|                    |                 |  |  |  |  |  |
|--------------------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 児童の状況              | 保護者が保育          | <input type="checkbox"/> 自宅保育 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 )<br><input type="checkbox"/> 職場で保育 ( <input type="checkbox"/> 職場内託児施設 <input type="checkbox"/> 職場に同伴している <input type="checkbox"/> その他 ( ) )   |  |  |  |  |
|                    | 保護者以外が保育        | <input type="checkbox"/> 親族が保育 (続柄: ) (住所: )<br><input type="checkbox"/> 知人・友人が保育 (氏名: ) (住所: )<br><input type="checkbox"/> ★一時預かり(不定期利用) (施設名: ) (利用頻度:月 回)<br><input type="checkbox"/> ★一時預かり(定期利用) (施設名: ) (利用頻度:週 回)<br><input type="checkbox"/> ★市認定保育ルーム等利用 (施設名: ) (利用頻度:週 日 時間/日)<br><input type="checkbox"/> ★ベビーシッター (利用頻度:週 日 時間/日)<br><input type="checkbox"/> ★幼稚園預かり保育 (施設名: ) (利用頻度:週 日 時間/日)<br><input type="checkbox"/> ★幼稚園未就園児教室 (施設名: ) (利用頻度:週 日 時間/日)<br><input type="checkbox"/> ★ファミリーサポートセンター (利用頻度 時間/月)<br><input type="checkbox"/> ★誰でも通園制度 (施設名: ) (利用頻度 時間/月)<br><input type="checkbox"/> その他( )   |  |  |  |  |
|                    | ★加点には別途書類が必要です。 |  |  |  |  |  |
|                    | 集団保育の有無         | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 (園名: ) (入園期間: 年 月から 年 月まで)  |  |  |  |  |
|                    | 日中の生活リズム        | <div>午前午後</div> <div>7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8</div> <div></div>  |  |  |  |  |
|                    | 出産状況            | 出生時異常: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 )<br>出生体重( グラム)  |  |  |  |  |
|                    | 体質              | <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 熱がしやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 腹痛や下痢を起こしやすい<br><input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 薬品にかぶれる(薬品名: )<br><input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(部位: )<br>アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある(食品・食材名: )<br>※食物アレルギーがある場合は、内定後に保育所生活管理指導表を提出していただきます。<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシーを起こしたことがある<br><input type="checkbox"/> その他アレルギーがある(具体的な内容: )   |  |  |  |  |
|                    | 現在の状況           | ・首がすわったのは ( か月ごろ)<br>・おすわり ( か月ごろ)<br>・歩き始めたのは ( か月ごろ)<br>・寝返りができたのは ( か月ごろ)<br>・ハイハイができたのは ( か月ごろ)<br>・転ばないで上手に歩きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・入れ物の蓋を開け閉めますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・名前を呼ぶと振り向きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・目はよく見えていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明<br>・耳はよく聞こえていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明<br>・言語は話せますか <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 二語文が話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> おうむがえし<br><input type="checkbox"/> 話せないと言われることは理解できる <input type="checkbox"/> 話せないし理解もしていない   |  |  |  |  |
|                    | 健康状態<br>病歴等     | 健康診査: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 4か月児診査 <input type="checkbox"/> 1歳半児診査 <input type="checkbox"/> 3歳児診査 )<br>指摘事項: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: )<br>保健師への相談: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: )<br>今までにかかった病気<br>・心臓病( 年 月 日):現在も経過観察中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい )<br>手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )<br>・じんぞう病( 年 月 日):現在も経過観察中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい )<br>(集団検尿異常) 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )<br>・その他の重い病気( 年 月 日):現在も経過観察中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい )<br>(病名: )<br>手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )<br>・大きなけが( 年 月 日):現在も経過観察中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい )<br>(傷病名: )<br>医療的ケアの実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( <input type="checkbox"/> 酸素カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク )<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ ) <input type="checkbox"/> 血糖測定<br><input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門<br><input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>ひきつけの経験: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>有の場合、 <input type="checkbox"/> 熱あり <input type="checkbox"/> 熱なし(回数: ) (時期: )<br>現在内服薬等がありますか: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬名: )<br>心身の発達の相談: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>有の場合、現在も相談継続中ですか<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (機関名: )<br>(相談開始時期: 年 月から) (症状: )<br>障害者手帳等の取得: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: ) (等級: )<br>障害児(要配慮)保育の希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※状況を聞き取る面接や診断書等の提出が必要です。) |  |  |  |  |
|                    | その他             | 宗教上の理由により、食べられない食品はありますか<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )<br>その他、配慮が必要なことはありますか<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )<br>日常生活で使用している言語(※日本語以外の場合に記入してください。)<br>( )  |  |  |  |  |
| 上記以外で<br>伝えておきたいこと |                 |  |  |  |  |  |

→裏面へ

## 2 家庭の状況について

|                                       | 父  | 母  |
|---------------------------------------|--|--|
| 職業(状態)等                               |  |  |
| 職場までの通勤方法                             | <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩<br><input type="checkbox"/> 電車 ※自宅からの最寄駅(                  駅)<br>片道                  分 | <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩<br><input type="checkbox"/> 電車 ※自宅からの最寄駅(                  駅)<br>片道                  分 |
| 園までの送迎方法<br>※可能な方法すべてを<br>チェックしてください。 | <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車<br><input type="checkbox"/> その他(備考欄に記載ください。)<br>【備考欄】      | <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車<br><input type="checkbox"/> その他(備考欄に記載ください。)<br>【備考欄】      |

### 3 出産、育児休業について

|      |   |
|------|---|
| 出産   | 出産予定： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(出産日：      年      月      日 予定)<br>出産後の予定： <input type="checkbox"/> 育児取得予定 <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> その他                                  )  |
| 育児休業 | 育児休業取得 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>保育園等への利用内定次第、育児休業を切り上げて復帰： <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない<br>育児休業延長 <input type="checkbox"/> 不可<br><input type="checkbox"/> 可(延長後の取得可能期間：      年      月      日(子が      歳      ヶ月)まで延長可)<br>※育児休業の延長が可能であり、選考順位の引き下げを希望する場合は、「育児休業の延長に伴う入所選考順位に係る届出」を提出してください。 |

#### 4 申込児童のきょうだいについて

|   |   |   |
|---|---|---|
| き<br>よ<br>う<br>だ<br>い<br>の<br>状<br>況  | 小学校就学前のきょうだいの有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>→有の場合、以下の項目を記入してください。 |   |
|   | 保育園・認定こども園等の利用について  |   |
|   | <input type="checkbox"/> 同時に申し込む  | 以下の各項目にチェックをしてください。<br><br><div style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> きょうだいが<b>待機</b>または、<b>別々の園</b>に入園になる場合(当てはまるものを<b>1つだけ</b>チェック)<br/> <input type="checkbox"/> 一人でも入園できれば入園する。<br/> <input type="checkbox"/> 別々の園でもよいが、同時期でなければ入園しない。<br/>           ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に入園できなければ全員が不承諾となります。<br/> <input type="checkbox"/> 同時期に同じ園に入れば入園しない。<br/>           ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に同じ園に入園できなければ全員が不承諾となります。         </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> きょうだいが<b>同じタイミング</b>で入園ができる場合(当てはまるものを<b>1つだけ</b>チェック)<br/> <input type="checkbox"/> 下位でも同じ園に入園を優先する。<br/> <input type="checkbox"/> 希望順位を優先する。<br/>           ※別々の園に入園となる場合があります。         </div> |
|   | <input type="checkbox"/> すでに利用中   | 園名:   |
|   | <input type="checkbox"/> 申し込みはしない   | 保育が可能な理由( )<br>※他園に(幼稚園等)通園する場合、園名:   |
| ※過去に保育園・認定こども園等を利用していたが、育児休業取得のため利用を止めたことがある場合は記入してください。<br>(入園の優先に関わる場合があります。)<br>(園名: ) (退園日: 年 月 日)  |   |   |
| 小学生のきょうだいの有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>→有の場合、以下の項目を記入してください。  |   |   |
| 千葉市放課後児童健全育成事業(子どもルーム)の利用希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |   |
| →有の場合         利用希望の児童名( ) ( 小学校 年生)<br>利用希望のルーム( )  |   |   |
| <input type="checkbox"/> 子どもルームと保育園・認定こども園等が同時に利用できる場合のみ保育園・認定こども園等を希望<br><input type="checkbox"/> 子どもルームが不承諾でも保育園・認定こども園等を希望<br><input type="checkbox"/> その他 |   |   |

## 5 利用予定時間について

|          |       |         |   |
|----------|-------|---------|---|
| 利用予定の時間帯 | ： ～ ： | 延長利用の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|----------|-------|---------|---|

※入所時の参考として、おおよその利用予定を記入してください。(ご記入いただいた時間で利用が決定するものではありません。)

※各園の利用可能時間は保育園・認定こども園等一覧表をご確認ください。

※延長保育の申込については、入園後に各園での受付となります。

6 希望する保育園・認定こども園等への利用が不承諾となった場合について

|   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 子育て支援コンシェルジュ等から、電話による空き保育園・認定こども園等(認可外を含む)の紹介を希望しますか。 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
|---|-------------------------------|--------------------------------|