

施設(事業)利用申請書補助票

記載例		チバ ミドリ		生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日生	
児童氏名		千葉 みどり					
<div>詳細にご記入ください。 お子さんを園で保育するための大切な基礎資料となります。 記入漏れがある場合は、確認のため区こども家庭課よりご連絡差し上げる可能性があります。</div>							
1 児童の状況について							
児童の状況	保護者が保育	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅保育 (<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母) <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)					
	保護者以外が保育	<input type="checkbox"/> 親族が保育 (続柄:) (住所:) <input type="checkbox"/> 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) <input checked="" type="checkbox"/> ★一時預かり(不定期利用) (施設名: 〇〇〇園) (利用頻度:月 回) <input checked="" type="checkbox"/> ★一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度:週 回) <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) <input type="checkbox"/> ★ベビーシッター (利用頻度:週 日 時間/日) <input type="checkbox"/> ★幼稚園 預かり保育 (施設名:) (利用頻度:週 日 時間/日) <input type="checkbox"/> ★幼稚園未就園児教室 (施設名:) (利用頻度:週 日 時間/日) <input type="checkbox"/> ★ファミリーサポートセンター (利用頻度 時間/月) <input type="checkbox"/> ★誰でも通園制度 (施設名:) (利用頻度 時間/月) <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 checked="" type="checkbox"/> 無 <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	午前 午後 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 起 朝 遊 遊 遊 遊 昼 お お お 遊 遊 遊 夕 入 就 床 食 び び び び 食 昼 や び び び 食 浴 寝					
	出産状況	出生時異常: <input checked="" 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) 出生体重(3,000 グラム)					
	体質	<input checked="" type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 熱がやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 腹痛や下痢を起こしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がやすい <input type="checkbox"/> 薬品にかぶれる(薬品名:) <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(部位:) アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある(食品・食材名:) ※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。 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーを起こしたことがある <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 (3 か月ごろ) ・おすわり (7 か月ごろ) ・歩き始めたのは (か月ごろ) ・転ばないで上手に歩きますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・入れ物の蓋を開け閉めしますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・名前を呼ぶと振り向きますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・目はよく見えていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 ・耳はよく聞こえていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 ・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"/> 単語が話せる <input checked="" type="checkbox"/> 話せないが言われることは理解できる ・寝返りができたのは (6 か月ごろ) ・ハイハイができたのは (8 か月ごろ) ・スプーンで食べようとしませんか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・親と目が合いますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・絵本の知っているものを指さしますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	健康状態 病歴等	健康診査: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" 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) 指摘事項: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 保健師への相談: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 今までにかかった病気 ・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 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・じんどう病(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 (集団検尿異常)手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・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 (病名:) 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・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 (傷病名:) 医療的ケアの実施: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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) <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 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他()					
	障害児(要配慮)保育についてはご案内の「5 申請される際の注意事項」の(5)、(6)をご覧ください。	ひきつけの経験: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合、 <input type="checkbox"/> 熱あり <input type="checkbox"/> 熱なし(回数: 回)(時期:) 現在内服薬等はありませんか: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬名:) 心身の発達の相談: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合、現在も相談継続中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:) 障害者手帳等の取得: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類:) (等級:)					
その他	障害児(要配慮)保育の希望: <input checked="" 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。) 宗教上の理由により、食べられない食品はありますか) この補助票の記載内容にて、お子さんの発達状況等を確認し、面接の実施可否を判断します。 お子さんの発達状況や個性を踏まえ、安全な保育を提供するため、お子さんについて、 ご家庭での様子や集団保育時の様子など、少しでも気にかかることがある場合は、 「上記以外で伝えておきたいこと」欄に具体的に記載をお願いいたします。 (記載欄が不足する場合は、余白に記載してください。) 面接の結果、障害児(要配慮)保育の対象となった場合も、対象とならなかった場合も、 利用調整の結果、希望先の園に空きがない場合には入園できません。						
上記以外で 伝えておきたいこと							

→裏面へ

