

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																																																																																																																																																																																																																		
※利用申請後に、児童の状況(健康状態、家庭状況その他申請内容を含む)に変更 1 児童の状況について <table><tr><td rowspan="10">児童の状況</td><td>保護者が保育</td><td colspan="7">☒ 自宅保育 (☐ 父 ☒ 母) ☐ 職場で保育 (☐ 職場内託児施設 ☐ 職場に同伴して)</td></tr><tr><td rowspan="8">保護者以外が保育</td><td colspan="7">☐ 親族が保育 (続柄:) (住所:) ☐ 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) ☐ 認定こども園1号 (施設名:) (入園期間: 月から) (利用頻度: 月回) ☒ ★一時預かり(不定期利用) (施設名: ○〇〇園) (利用頻度: 月回) ☐ ★一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度: 週回) ☒ ★認可外保育施設利用 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ベビーシッター (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 預かり保育 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 未就園児教室 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ファミリーサポートセンター (利用頻度: 時間/月) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★乳児等通園支援事業 (施設名:) (利用頻度: 時間/月) ☐ 他市認可保育所 () (入園期間: 年 月から 年 月まで) ☐ その他 ()</td></tr><tr><td>集団保育の有無</td><td colspan="7">☒ 無 ☐ 有 (園名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで)</td></tr><tr><td>日中の生活リズム</td><td colspan="7"><table><tr><td>午前</td><td>午後</td></tr><tr><td>7 起</td><td>12 遊</td></tr><tr><td>8 食</td><td>1 昼</td></tr><tr><td>9 遊</td><td>2 お</td></tr><tr><td>10 遊</td><td>3 お</td></tr><tr><td>11 遊</td><td>4 遊</td></tr><tr><td>12 遊</td><td>5 遊</td></tr><tr><td>1 食</td><td>6 遊</td></tr><tr><td>2 食</td><td>7 夕</td></tr><tr><td>3 食</td><td>8 入</td></tr><tr><td>4 遊</td><td>就</td></tr><tr><td>5 遊</td><td>寝</td></tr></table></td></tr><tr><td>出産状況</td><td colspan="7">出生時異常: ☒ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他 () ☐ 早産(出産予定日: 年 月 日) 出生体重(3000 グラム)</td></tr><tr><td>体質</td><td colspan="7">☒ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☒ 熱がでやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☒ 無 ☐ 有 ☐ 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。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)</td></tr><tr><td>現在の状況</td><td colspan="7"><table><tr><td>・首がすわったのは (3 か月ごろ)</td><td>・寝返りができたのは (6 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・おすわり (7 か月ごろ)</td><td>・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・歩き始めたのは (か月ごろ)</td><td></td></tr><tr><td>・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ</td><td>・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お</td><td></td></tr><tr><td>☒ 話せないが言われることは理解できる</td><td>☐ 話せないし理解できない</td></tr><tr><td>・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td rowspan="5">健康状態 病歴等</td><td colspan="7">健康診査: ☐ 無 ☒ 有 (☒ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査)</td></tr><tr><td colspan="7">指摘事項: ☒ 無 ☐ 有 (内容:)</td></tr><tr><td colspan="7">保健師への相談: ☒ 無 ☐ 有 (内容:)</td></tr><tr><td colspan="7">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 ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 ()</td></tr><tr><td colspan="7">・じんどう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:)</td></tr><tr><td rowspan="5">健康状態 病歴等</td><td colspan="7">医療的ケアの実施: ☒ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他 ()</td></tr><tr><td colspan="7">ひきつけの経験: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:)</td></tr><tr><td colspan="7">現在内服薬等はありませんか: ☒ 無 ☐ 有(薬名:)</td></tr><tr><td colspan="7">心身の発達の相談: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☐ はい ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:)</td></tr><tr><td colspan="7">障害者手帳等の取得: ☒ 無 ☐ 有(種類: 等級)</td></tr><tr><td rowspan="3">その他</td><td colspan="7">障害児(要配慮)保育の希望: ☒ 無 ☐ 有 (※状況を聞き取る面接や診断書等の提出が必要です。)</td></tr><tr><td colspan="7">宗教上の理由により、食べられない食品はありますか ()</td></tr><tr><td colspan="7">この補助票の記載内容にて、お子さんの発育状況等を確認し、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。</td></tr><tr><td colspan="2">上記以外で 伝えておきたいこと</td><td colspan="6"></td></tr></table>								児童の状況	保護者が保育	☒ 自宅保育 (☐ 父 ☒ 母) ☐ 職場で保育 (☐ 職場内託児施設 ☐ 職場に同伴して)							保護者以外が保育	☐ 親族が保育 (続柄:) (住所:) ☐ 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) ☐ 認定こども園1号 (施設名:) (入園期間: 月から) (利用頻度: 月回) ☒ ★一時預かり(不定期利用) (施設名: ○〇〇園) (利用頻度: 月回) ☐ ★一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度: 週回) ☒ ★認可外保育施設利用 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ベビーシッター (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 預かり保育 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 未就園児教室 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ファミリーサポートセンター (利用頻度: 時間/月) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★乳児等通園支援事業 (施設名:) (利用頻度: 時間/月) ☐ 他市認可保育所 () (入園期間: 年 月から 年 月まで) ☐ その他 ()							集団保育の有無	☒ 無 ☐ 有 (園名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで)							日中の生活リズム	<table><tr><td>午前</td><td>午後</td></tr><tr><td>7 起</td><td>12 遊</td></tr><tr><td>8 食</td><td>1 昼</td></tr><tr><td>9 遊</td><td>2 お</td></tr><tr><td>10 遊</td><td>3 お</td></tr><tr><td>11 遊</td><td>4 遊</td></tr><tr><td>12 遊</td><td>5 遊</td></tr><tr><td>1 食</td><td>6 遊</td></tr><tr><td>2 食</td><td>7 夕</td></tr><tr><td>3 食</td><td>8 入</td></tr><tr><td>4 遊</td><td>就</td></tr><tr><td>5 遊</td><td>寝</td></tr></table>							午前	午後	7 起	12 遊	8 食	1 昼	9 遊	2 お	10 遊	3 お	11 遊	4 遊	12 遊	5 遊	1 食	6 遊	2 食	7 夕	3 食	8 入	4 遊	就	5 遊	寝	出産状況	出生時異常: ☒ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他 () ☐ 早産(出産予定日: 年 月 日) 出生体重(3000 グラム)							体質	☒ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☒ 熱がでやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☒ 無 ☐ 有 ☐ 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。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)							現在の状況	<table><tr><td>・首がすわったのは (3 か月ごろ)</td><td>・寝返りができたのは (6 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・おすわり (7 か月ごろ)</td><td>・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・歩き始めたのは (か月ごろ)</td><td></td></tr><tr><td>・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ</td><td>・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お</td><td></td></tr><tr><td>☒ 話せないが言われることは理解できる</td><td>☐ 話せないし理解できない</td></tr><tr><td>・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr></table>							・首がすわったのは (3 か月ごろ)	・寝返りができたのは (6 か月ごろ)	・おすわり (7 か月ごろ)	・ハイハイができたのは (8 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 ☐ はい ☒ いいえ	・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ	・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ	・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ	・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ	・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ	・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お		☒ 話せないが言われることは理解できる	☐ 話せないし理解できない	・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		健康状態 病歴等	健康診査: ☐ 無 ☒ 有 (☒ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査)							指摘事項: ☒ 無 ☐ 有 (内容:)							保健師への相談: ☒ 無 ☐ 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 ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 ()							・じんどう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:)							健康状態 病歴等	医療的ケアの実施: ☒ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他 ()							ひきつけの経験: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、 ☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:)							現在内服薬等はありませんか: ☒ 無 ☐ 有(薬名:)							心身の発達の相談: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☐ はい ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:)							障害者手帳等の取得: ☒ 無 ☐ 有(種類: 等級)							その他	障害児(要配慮)保育の希望: ☒ 無 ☐ 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、お子さんの発育状況等を確認し、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							
児童の状況	保護者が保育	☒ 自宅保育 (☐ 父 ☒ 母) ☐ 職場で保育 (☐ 職場内託児施設 ☐ 職場に同伴して)																																																																																																																																																																																																																		
	保護者以外が保育	☐ 親族が保育 (続柄:) (住所:) ☐ 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) ☐ 認定こども園1号 (施設名:) (入園期間: 月から) (利用頻度: 月回) ☒ ★一時預かり(不定期利用) (施設名: ○〇〇園) (利用頻度: 月回) ☐ ★一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度: 週回) ☒ ★認可外保育施設利用 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ベビーシッター (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 預かり保育 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☒ ★幼稚園・認定こども園 未就園児教室 (施設名:) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★ファミリーサポートセンター (利用頻度: 時間/月) (利用頻度: 週日 時間/日) ☐ ★乳児等通園支援事業 (施設名:) (利用頻度: 時間/月) ☐ 他市認可保育所 () (入園期間: 年 月から 年 月まで) ☐ その他 ()																																																																																																																																																																																																																		
		集団保育の有無	☒ 無 ☐ 有 (園名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで)																																																																																																																																																																																																																	
		日中の生活リズム	<table><tr><td>午前</td><td>午後</td></tr><tr><td>7 起</td><td>12 遊</td></tr><tr><td>8 食</td><td>1 昼</td></tr><tr><td>9 遊</td><td>2 お</td></tr><tr><td>10 遊</td><td>3 お</td></tr><tr><td>11 遊</td><td>4 遊</td></tr><tr><td>12 遊</td><td>5 遊</td></tr><tr><td>1 食</td><td>6 遊</td></tr><tr><td>2 食</td><td>7 夕</td></tr><tr><td>3 食</td><td>8 入</td></tr><tr><td>4 遊</td><td>就</td></tr><tr><td>5 遊</td><td>寝</td></tr></table>							午前	午後	7 起	12 遊	8 食	1 昼	9 遊		2 お	10 遊	3 お	11 遊	4 遊	12 遊	5 遊	1 食	6 遊	2 食	7 夕	3 食	8 入	4 遊	就	5 遊	寝																																																																																																																																																																																		
		午前	午後																																																																																																																																																																																																																	
		7 起	12 遊																																																																																																																																																																																																																	
		8 食	1 昼																																																																																																																																																																																																																	
		9 遊	2 お																																																																																																																																																																																																																	
		10 遊	3 お																																																																																																																																																																																																																	
	11 遊	4 遊																																																																																																																																																																																																																		
12 遊	5 遊																																																																																																																																																																																																																			
1 食	6 遊																																																																																																																																																																																																																			
2 食	7 夕																																																																																																																																																																																																																			
3 食	8 入																																																																																																																																																																																																																			
4 遊	就																																																																																																																																																																																																																			
5 遊	寝																																																																																																																																																																																																																			
出産状況	出生時異常: ☒ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他 () ☐ 早産(出産予定日: 年 月 日) 出生体重(3000 グラム)																																																																																																																																																																																																																			
体質	☒ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☒ 熱がでやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☒ 無 ☐ 有 ☐ 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。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)																																																																																																																																																																																																																			
現在の状況	<table><tr><td>・首がすわったのは (3 か月ごろ)</td><td>・寝返りができたのは (6 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・おすわり (7 か月ごろ)</td><td>・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・歩き始めたのは (か月ごろ)</td><td></td></tr><tr><td>・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ</td><td>・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お</td><td></td></tr><tr><td>☒ 話せないが言われることは理解できる</td><td>☐ 話せないし理解できない</td></tr><tr><td>・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr></table>							・首がすわったのは (3 か月ごろ)	・寝返りができたのは (6 か月ごろ)	・おすわり (7 か月ごろ)	・ハイハイができたのは (8 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 ☐ はい ☒ いいえ	・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ	・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ	・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ	・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ	・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ	・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お		☒ 話せないが言われることは理解できる	☐ 話せないし理解できない	・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																																																																																																																																																								
・首がすわったのは (3 か月ごろ)	・寝返りができたのは (6 か月ごろ)																																																																																																																																																																																																																			
・おすわり (7 か月ごろ)	・ハイハイができたのは (8 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 ☐ はい ☒ いいえ	・スプーンで食べようとしていますか ☐ はい ☒ いいえ																																																																																																																																																																																																																			
・入れ物の蓋を開け閉めしますか ☐ はい ☒ いいえ	・親と目が合いますか ☐ はい ☒ いいえ																																																																																																																																																																																																																			
・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ	・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ																																																																																																																																																																																																																			
・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																																																																																																																																																																																				
・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																																																																																																																																																																																				
・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 単語のみ ☐ お																																																																																																																																																																																																																				
☒ 話せないが言われることは理解できる	☐ 話せないし理解できない																																																																																																																																																																																																																			
・あやしかけに反応しますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																																																																																																																																																																																				
健康状態 病歴等	健康診査: ☐ 無 ☒ 有 (☒ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査)																																																																																																																																																																																																																			
	指摘事項: ☒ 無 ☐ 有 (内容:)																																																																																																																																																																																																																			
	保健師への相談: ☒ 無 ☐ 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 ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 ()																																																																																																																																																																																																																			
	・じんどう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:)																																																																																																																																																																																																																			
健康状態 病歴等	医療的ケアの実施: ☒ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他 ()																																																																																																																																																																																																																			
	ひきつけの経験: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、 ☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:)																																																																																																																																																																																																																			
	現在内服薬等はありませんか: ☒ 無 ☐ 有(薬名:)																																																																																																																																																																																																																			
	心身の発達の相談: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☐ はい ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:)																																																																																																																																																																																																																			
	障害者手帳等の取得: ☒ 無 ☐ 有(種類: 等級)																																																																																																																																																																																																																			
その他	障害児(要配慮)保育の希望: ☒ 無 ☐ 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、お子さんの発育状況等を確認し、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																																																																																																																																																																																																																				

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。

(こども誰でも通園制度)

母子手帳を確認しながら記入をお願いします。

心身の発達の相談先機関名
【記載例】
・〇〇区保健福祉センター〇〇課
・児童相談所
・療育センター
・親子教室
・〇〇病院〇〇科 など

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。

→裏面へ

2 家庭の状況について

父		母	
職業(状態)等	会社員	パート	
職場までの通勤方法	☐ 車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 電車 ※自宅からの最寄駅() 駅) 片道 30 分	☐ 車 ☒ 自転車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 電車 ※自宅からの最寄駅() 駅) 片道 15 分	
園までの送迎方法 ※可能な方法すべてを チェックしてください。	☒ 車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 電車 ☐ その他(備考欄に記載ください。) 【備考欄】	☐ 車 ☒ 自転車 ☐ バス ☒ 徒歩 ☐ 電車 ☐ その他(備考欄に記載ください。) 【備考欄】	

記入いただくことで、
入園の選考に際し
不利になることは
ありません。

3 出産、育児休業について

出産	出産予定: ☐ 無 ☐ 有(出産日: 年 月 日予定) 出産後の予定: ☐ 育休取得予定 ☐ 仕事復帰 ☐ その他 育児休業取得 ☐ 有 ☐ 無 保育園等への利用内定次第、育児休業を切り上げて復帰: ☐ する ☐ しない 育児休業延長 ☐ 不可 ☐ 可(延長後の取得可能期間: 令和○年 ○月 ○日(子が 2 歳 0 ヶ月)まで延長可) ※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。	不利になることは ありません。
育児休業		

4 申込児童のきょうだいについて

小学校就学前のきょうだいの有無： ■ 有 □ 無 →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 ☐ 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。	
【4月一次選考申し込みの方】 二次選考での転園/入園の可能性もあるため、 コー一人でも入園できれば入園する。 コ別々の園でもよいが同時期でなければ入園しない。 をお勧めいたします。 (同時入園に不利になることはありません。)		●きょうだいが 待機 または、 別々の園 に入園になる場合(当てはまるものを 1つだけ チェック) ☐ 一人でも入園できれば入園する。 ☒ 別々の園でもよいが、同時期でなければ入園しない。 ※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。 ☐ 同時期に同じ園に入れば入園しない。 ※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。	
		●きょうだいが 同じタイミング で入園ができる場合(当てはまるものを 1つだけ チェック) ☒ 下位でも同じ園に入園を優先する。 ☐ 希望順位を優先する。 ※別々の園に入園となる場合があります。	
園名： ☐ 申し込みはしない		保育が可能な理由(※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(入園の優先に関わる場合があります。) (園名：) (退園日：)	

5 利用予定時間について

利用予定の時間帯	7 : 30 ~ 18 : 00	延長利用
----------	------------------	------

※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)
 ※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。	☒ 希望する	☐ 希望しない
---	--	--------------------------------