

# 家庭状況調書

| 父の状況                                    |              |                |  |      |       |        |               |  |     | 母の状況  |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|---|--------------|----------------|--|------|-------|--------|---------------|--|-----|---|-------|-------|-------------------------------|------|-------|-------|--------|-------|----|-----|--|
| 外勤                                      | 居宅外自営        | 居宅内自営          | 内職   | 就職内定 | 育児休業中 | 傷病・障がい | 介護・看護         | 就学   | 求職中 | 外勤  | 居宅外自営 | 居宅内自営 | 内職                            | 就職内定 | 育児休業中 | 妊娠・出産 | 傷病・障がい | 介護・看護 | 就学 | 求職中 |  |
| ①を記入                                    |              |                |  |      | ①と②   | ④      | ⑤             | ⑥  |     | ①を記入  |       |       |                               |      | ①と②   | ③     | ④      | ⑤     | ⑥  |     |  |
| 右記の当てはまるものに○を付け、該当する以下のすべての項目に記入してください。 |              |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| 申込日現在妊娠の有無                              |              |                |  |      |       |        |               |  |     | 現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>はい⇒出産予定日：令和 年 月 日 |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ① 外勤・自営・内職・就職内定                         | 事業所名         |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 勤務地          |                | <input type="checkbox"/> 単身赴任  |      |       |        |               |  |     |   |       |       | <input type="checkbox"/> 単身赴任 |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 事業所電話番号      |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 仕事内容         |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 入社・採用(予定)年月日 |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 勤務時間         |                | 時 分～時 分まで<br>(1日 時間 分×週 日間)  |      |       |        |               | 時 分～時 分まで<br>(1日 時間 分×週 日間)  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| 通勤時間                                    |              | 片道 時間 分        |  |      |       |        | 片道 時間 分       |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ② 育児休業中                                 |              | 年 月 日～年 月 日まで  |  |      |       |        | 年 月 日～年 月 日まで |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ③ 妊娠・出産                                 |              | 出産予定日 令和 年 月 日 |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ④ 傷病・障がい                                | 診断名          |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 手帳の有無        |                | <input type="checkbox"/> 有【手帳名： 級(度)】 <input type="checkbox"/> 無   |      |       |        |               | <input type="checkbox"/> 有【手帳名： 級(度)】 <input type="checkbox"/> 無   |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 状況           |                | <input type="checkbox"/> 入院( 年 月から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院・通所(月・週に 回) |      |       |        |               | <input type="checkbox"/> 入院( 年 月から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院・通所(月・週に 回) |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ⑤ 介護・看護                                 | 介護等を受ける人     |                | 氏名： (父との続柄)  |      |       |        |               | 氏名： (母との続柄)  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 介護保険の利用      |                | <input type="checkbox"/> 有(介護度： ) <input type="checkbox"/> 無   |      |       |        |               | <input type="checkbox"/> 有(介護度： ) <input type="checkbox"/> 無   |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 障害者手帳等の有無    |                | <input type="checkbox"/> 有【手帳名： 級(度)】 <input type="checkbox"/> 無   |      |       |        |               | <input type="checkbox"/> 有【手帳名： 級(度)】 <input type="checkbox"/> 無   |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
| ⑥ 就学                                    | 学校名          |                |  |      |       |        |               |  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 就学期間         |                | 年 月 日～年 月 日まで  |      |       |        |               | 年 月 日～年 月 日まで  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |
|   | 受講時間・日数      |                | 時 分～時 分まで<br>(1日 時間 分×週 日間)  |      |       |        |               | 時 分～時 分まで<br>(1日 時間 分×週 日間)  |     |   |       |       |                               |      |       |       |        |       |    |     |  |

|        |   | 氏名 | 年齢 | 就労  | 住所 | 電話番号 |
|--------|---|----|----|-----|----|------|
| 祖父母の状況 | 父 | 祖父 | 歳  | 有・無 |    |      |
|        | 母 | 祖母 | 歳  | 有・無 |    |      |
|        | 父 | 祖父 | 歳  | 有・無 |    |      |
|        | 母 | 祖母 | 歳  | 有・無 |    |      |

| 入所後の児童の送迎予定 | 送り | 氏名 | 続柄 | 交通手段 | 車・徒歩・自転車・バス・その他 |
|-------------|----|----|----|------|-----------------|
|             | 迎え | 氏名 | 続柄 | 交通手段 | 車・徒歩・自転車・バス・その他 |

第1号様式(第4条関係)  
(宛先)  
伊奈町長

# 保育施設入所申込書 (児童台帳)

受付印

提出日： 年 月 日

保育施設(保育所、地域型保育事業、認定こども園)の入所について、次のとおり申し込みます。

|          |                             |                |     |  |
|----------|-----------------------------|----------------|-----|--|
| 申込者(保護者) | 現住所                         | ※令和6年1月1日現在の住所 |     |  |
|          | <input type="checkbox"/> 同上 |                |     |  |
|          | 氏名                          |                |     |  |
|          | 自宅☎                         | 父携帯            | 母携帯 |  |

|           |               |  |           |      |
|-----------|---------------|--|-----------|------|
| 入所を希望する児童 | ふりがな          | 令和 年 月 日生  | 希望する保育施設名 | 第1希望 |
|           | 氏名            | 性別 男・女   |           | 第2希望 |
|           | 希望する保育時間      | 平日 時 分～時 分<br>土曜 時 分～時 分   |           | 第3希望 |
|           | 利用を希望する期間     | 令和 年 月 1日から <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで<br><input type="checkbox"/> 年 月 末日まで |           | 第4希望 |
|           | 保育の実施を必要とする理由 | ※希望する保育施設数に制限はありません。第6希望以降を希望する場合は、この欄にご記入ください。                                    |           |      |

| 同居世帯員の状況(申込児童を除く) | ふりがな | 申込児童との続柄 | 生年月日               | 職業・通学(園)先 | 障害者手帳等の有無(手帳のコピー添付) | 兄弟同時新規申込み者は○を記入 |
|-------------------|------|----------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------|
|                   | 氏名   |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |
|                   |      |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |
|                   |      |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |
|                   |      |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |
|                   |      |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |
|                   |      |          | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |           | 有・無                 |                 |

|         |   |
|---------|---|
| 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている( 年 月 日から受給開始)  |
| ひとり親家庭  | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当( 年 月から【死亡・離婚・未婚・失踪・拘禁・別居(協議中・調停中)】)  |
| 現在の保育状況 | <input type="checkbox"/> 認可保育所・小規模保育施設に入所中【施設名： いつから： 年 月～】<br><input type="checkbox"/> 認可外保育施設に入所中【施設名： いつから： 年 月～】<br><input type="checkbox"/> 幼稚園入園中 <input type="checkbox"/> 職場内託児所に委託 <input type="checkbox"/> 自宅で保育 <input type="checkbox"/> 親族等に委託【続柄： 】 <input type="checkbox"/> 同伴勤務 |

|               |   |
|---------------|---|
| 兄弟姉妹の同時申込みの場合 | <input type="checkbox"/> 1 同時に同じ保育施設への入所のみ希望。(同時に同じ施設に入れない場合は「待機」になります)   |
|               | <input type="checkbox"/> 2 同時に入所できるのであれば別々の保育施設でも入所する。⇒2を選択した方は下記も記入。<br><input type="checkbox"/> 希望施設の順位を優先する。 <input type="checkbox"/> 下位の希望施設でも同じ施設になることを優先する。   |
|               | <input type="checkbox"/> 3 一人だけでも先に入所させたい。⇒入所できなかった児童の保育方法を下記に記入。<br><input type="checkbox"/> ①職場内託児所、認可外保育施設等に預ける【保育室名： 】<br><input type="checkbox"/> ②親族等に預ける【氏名： /続柄： /場所： 】<br><input type="checkbox"/> ③同伴勤務(自宅・自宅外) |

中面もご記入ください

健康状況調査票（※面接日は記載しないでください）

面接日： 年 月 担当者名

|              |                                |    |       |    |                |       |      |    |    |
|--------------|--------------------------------|----|-------|----|----------------|-------|------|----|----|
| ふりがな<br>児童氏名 |                                |    |       |    |                | 男 ・ 女 |      |    |    |
| 生年月日         | 令和<br>平成                       | 年  | 月     | 日  | 生(申込日現在: 歳 カ月) |       |      |    |    |
| 妊娠中の経過       | 異常なし・妊娠中毒症・その他( )              |    |       |    |                |       |      |    |    |
| 出産の状態        | 異常なし・帝王切開・骨盤位・早産( 週)・その他( )    |    |       |    |                |       |      |    |    |
|              | 妊娠                             | 週  | 体重    | g  | 身長             | cm    | 胸囲   | cm | 頭囲 |
| 新生児期         | 異常なし・仮死・保育器使用( 日間)・その他( )      |    |       |    |                |       |      |    |    |
| 哺乳           | 母乳・混合・ミルク                      |    | 現在の寝方 |    | あお向け・横向き・うつぶせ  |       |      |    |    |
| 乳児期          | 首のすわり                          | カ月 | 寝返り   | カ月 | おすわり           | カ月    | はいはい | カ月 |    |
|              | つたい歩き                          | カ月 | 一人歩き  | カ月 | 意味のある単語を話せる    |       |      | 歳  | カ月 |
|              | 離乳食開始                          | カ月 | 離乳食完了 | 歳  | カ月             | 卒乳    | 歳    | カ月 |    |
| 現在の食事状況      | 母乳・混合・ミルク・離乳食(初期・中期・完了期)・大人と同じ |    |       |    |                |       |      |    |    |

|                                     |        |                       |          |
|-------------------------------------|--------|-----------------------|----------|
| ○病気やけがで通院・入院したことがありますか(ひきつけ、けいれん含む) |        |                       | はい ・ いいえ |
| 病名                                  | 発症時期   | 治療の経過 ・ 状況            |          |
| 例:熱性けいれん                            | H28.4月 | ●●●●病院受診。1日2回飲み薬を服用中。 |          |
|                                     |        |                       |          |
|                                     |        |                       |          |

|   |              |
|---|--------------|
| ○現在、薬を使っていますか   | はい ・ いいえ     |
| 薬名( ) いつから( ) 薬を使う時間(朝・昼・夕・寝の前・その他【 】)  |              |
| ○アレルギーはありますか  | 現在あり・過去あり・なし |
| ※喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー(卵、牛乳、小麦、大豆、そば、落花生、ハウスダスト、花粉、動物等)<br>何のアレルギーですか( )<br>アナフィラキシーの症状はありましたか【ある・ない】 |              |

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| ○ご家族(両親、きょうだい、祖父母)でアレルギーがある方はいますか | はい ・ いいえ |
| 続柄( ) アレルギー( ) / 続柄( ) アレルギー( )   |          |

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| ○乳幼児健診等で指摘・指導を受けたことがありますか  | はい ・ いいえ |
| 1歳6か月健診【はい・いいえ】 指摘・指導事項( ) |          |
| 3歳児健診 【はい・いいえ】 指摘・指導事項( )  |          |

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| ○目や耳、手や足が悪いのではないかと感じることはありますか | はい ・ いいえ |
| 感じること( )                      |          |

|  |          |
|--|----------|
| ○今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通院・通所をしたことがありますか | はい ・ いいえ |
| 施設名( ) 相談したこと( )                       |          |

|  |          |
|--|----------|
| ○集団の経験はありますか                           | はい ・ いいえ |
| 施設名( ) 在籍期間( 年 月 ～ 年 月)<br>頻度(月 ・ 週 日) |          |

|  |  |
|--|--|
| ○集団保育にあたり心配なことや、健康・発達面で伝えておくことがありましたらご記載ください。<br>( ) |  |
|--|--|

対象月齢・年齢までのすべての項目をご記入ください

| 1～2カ月頃                         |        |                            |        |
|--------------------------------|--------|----------------------------|--------|
| 裸にすると手足をよく動かしますか               | はい・いいえ | 健診結果: 健康 ・ 要観察             |        |
| お乳をよく飲みますか                     | はい・いいえ | 特記事項:                      |        |
| おへそはかわいていますか                   | はい・いいえ |                            |        |
| 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり泣きだすことがありますか  | はい・いいえ |                            |        |
| 3～5カ月頃                         |        |                            |        |
| あやすとよく笑いますか                    | はい・いいえ | 健診結果: 健康 ・ 要観察             |        |
| 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか    | はい・いいえ | 特記事項:                      |        |
| 見えない方向から声をかけてみるとそちらの方も見ようとしますか | はい・いいえ |                            |        |
| 6～11カ月頃                        |        |                            |        |
| おもちゃに手を伸ばしてつかみますか              | はい・いいえ | 指で小さな物をつまみますか              | はい・いいえ |
| 音がしはじめると、すぐそちらを見ますか            | はい・いいえ | 機嫌よくひとり遊びができますか            | はい・いいえ |
| 話しかけるような声を出しますか                | はい・いいえ | 名前を呼ぶと反応しますか               | はい・いいえ |
| ささやき声で呼びかけると振り向きますか            | はい・いいえ | 人見知りがありますか                 | はい・いいえ |
| 指さした方向を一緒に見ますか                 | はい・いいえ | 後追いをしますか                   | はい・いいえ |
| 1歳頃                            |        |                            |        |
| バイバイ・コンニチハ等の身振りをしますか           | はい・いいえ | 一緒に遊ぶと喜ぶますか                | はい・いいえ |
| 大人の言う簡単な言葉がわかりますか              | はい・いいえ | 欲しい物や興味のあるものに指さして伝えますか     | はい・いいえ |
| 1歳6カ月頃                         |        |                            |        |
| ママ・ブーブ等意味のある言葉を話しますか           | はい・いいえ | 自分でコップを持って飲めますか            | はい・いいえ |
| 後ろから名前を呼んだ時、振り向きますか            | はい・いいえ | 「持ってきて」など大人の言うことを理解し行動しますか | はい・いいえ |
| どんな遊びが好きですか (遊びの例 : )          |        |                            |        |
| 2歳頃                            |        |                            |        |
| 走ることができますか                     | はい・いいえ | スプーンを使って自分で食べますか           | はい・いいえ |
| 「これ なあに?」と質問しますか               | はい・いいえ | 積木を並べて電車等にみたとて遊びますか        | はい・いいえ |
| 二語文(ワンワンキタ)などを言いますか            | はい・いいえ |                            |        |
| 3歳頃                            |        |                            |        |
| 手を使わずひとりで階段を登れますか              | はい・いいえ | クレヨン等で丸(円)を書きますか           | はい・いいえ |
| 衣服の着脱をひとりでやろうとしますか             | はい・いいえ | 自分の名前が言えますか                | はい・いいえ |
| 名前を呼ぶと返事をしますか                  | はい・いいえ | 指しゃぶりをしていますか               | はい・いいえ |
| 着席して食事ができますか                   | はい・いいえ | 遊び友だちがいますか                 | はい・いいえ |
| ままごと等のごっこ遊びができますか              | はい・いいえ | 歯磨きの習慣がありますか               | はい・いいえ |
| 4歳頃                            |        |                            |        |
| 階段の2・3段目の高さから飛び降りますか           | はい・いいえ | 片足でケンケンをしてとびますか            | はい・いいえ |
| 経験したことを家族に話しますか                | はい・いいえ | お手本を見て十字が書けますか             | はい・いいえ |
| はさみで線に添って切れますか                 | はい・いいえ | 衣服の着脱ができますか                | はい・いいえ |
| おしっこをひとりでできますか                 | はい・いいえ | 順番を待つことができますか              | はい・いいえ |
| 5歳頃                            |        |                            |        |
| でんぐり返しができますか                   | はい・いいえ | 色(赤、黄、緑、青)がわかりますか          | はい・いいえ |
| 思い出して絵を描くことができますか              | はい・いいえ | はっきりした発音で話ができますか           | はい・いいえ |
| うんちをひとりでできますか                  | はい・いいえ | 友だちとルールのある遊びをしますか          | はい・いいえ |
| 家族と一緒に食事をしますか                  | はい・いいえ | 動物や他人を思いやる気持ちを持っていますか      | はい・いいえ |
| 本を読んであげると内容がわかりますか             | はい・いいえ |                            |        |