

# 子どもの状況等調査表

|            |  |      |    |   |   |    |
|------------|--|------|----|---|---|----|
| 子どもの<br>名前 |  | 生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日生 |
|------------|--|------|----|---|---|----|

## 1 保育の状況について

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現在の保育の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で（母・父・祖父母）が見ている<br><input type="checkbox"/> 祖父母宅に預けている<br><input type="checkbox"/> 職場の託児所に同行している<br><input type="checkbox"/> 保育所などに通っている（下記に名称、期間を記入）<br>名称：<br>種類： <input type="checkbox"/> 認可保育所、幼稚園 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 認可外保育所<br>平成・令和____年____月から 週____日間 ____時から____時まで |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2（1）きょうだいの状況について

|                       |                                                                       |            |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| 保育施設や幼稚園に在籍している年上の子ども | <input type="checkbox"/> いる 子どもの名前（ ）<br><input type="checkbox"/> いない | 保育所<br>幼稚園 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|

## （2）同居世帯の(申請乳幼児も含む)全てのきょうだいの記入をしてください。

| 子どもの名前 | 年 齢 | 子どもの名前 | 年 齢 |
|--------|-----|--------|-----|
|        |     |        |     |
|        |     |        |     |
|        |     |        |     |

（年上のきょうだいがある場合は保育所・幼稚園に在籍している場合、保育料が半額や無料になります。）

## 3 入所できなかった場合の対応について

|                      |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入所できない場合             | <input type="checkbox"/> 自宅で保育する<br><input type="checkbox"/> 育児休業を延長し、自宅で保育する<br><input type="checkbox"/> 職場の託児所に預ける<br><input type="checkbox"/> 祖父母宅に預ける（父方・母方）<br><input type="checkbox"/> 認可外保育施設や一時保育を利用する |
| 入所できない場合の継続審査の希望     | <input type="checkbox"/> 継続審査を希望する（令和____年____月まで）<br><input type="checkbox"/> 継続審査を希望しない（申請を取り下げる）                                                                                                            |
| きょうだいで同じ保育所に入所できない場合 | <input type="checkbox"/> きょうだいが異なる保育所への入所でも構わない<br><input type="checkbox"/> きょうだいで同じ保育所に入所できるまで待つ                                                                                                              |

## 4 該当する場合の添付書類（□に該当する場合添付書類をつけてください）

|                          |                                        |                               |
|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 前年1月1日以降に幸手市に転入してきた方で申請書にマイナンバーの記載がない方 | 課税証明書                         |
| <input type="checkbox"/> | 生活保護世帯の方                               | 生活保護受給証の写し                    |
| <input type="checkbox"/> | ひとり親世帯の方                               | 児童扶養手当受給者証または戸籍謄本（新規申請の場合）の写し |
| <input type="checkbox"/> | 在宅障害者(児)のいる世帯                          | 障害者手帳等の写し                     |
| <input type="checkbox"/> | 母が出産予定で母子手帳の写しを提出していない方                | 母子手帳の写し(分娩予定日の記載ページ)          |

裏面に続く

【0歳～2歳クラスの児童・新規入所児・転入の児童の場合は2歳以降も記入】

## 5 子どもの発達や健康の状況について

|                     |                         |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴・慢性疾患            |                         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ぜん息    歳    か月頃 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん    歳    か月頃<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 脱臼    歳    か月頃 <input type="checkbox"/> その他（                      ） |
| 現在服薬している薬           |                         | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（                      ）                                                                                                                                                            |
| 食事                  |                         | <input type="checkbox"/> 母乳、ミルク(1日__回) <input type="checkbox"/> 離乳食(1日__回) <input type="checkbox"/> 普通食(1日__回)                                                                                                                             |
| 食物アレルギー・<br>食べられない物 |                         | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（アレルギー検査受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）<br><b>(食べたことがあるものに○)</b><br>卵黄・卵白・牛乳・小麦・豆類・米・肉・魚・その他（                      ）                                      |
| 発達の状況               | 出生時                     | 在胎 ____週 ____日    体重 _____g                                                                                                                                                                                                                |
|                     | 運動                      | 首すわり ____か月頃    寝返り ____か月頃    はいはい ____か月頃<br>つかまり立ち ____か月頃    つたい歩き ____か月頃    初歩 ____か月頃                                                                                                                                               |
|                     | 排泄                      | <input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ                                                                                                                                           |
|                     | 言語                      | <input type="checkbox"/> まだ <input type="checkbox"/> 喃語（あー、うー） <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 会話ができる                                                                                    |
| 乳幼児健診など             | 4か月健診                   | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（注意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）                                                                                                                   |
|                     | 10か月健診※                 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（注意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）                                                                                                                   |
|                     | 1歳6か月健診※                | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（注意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）                                                                                                                   |
|                     | 発達で気になる点                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（                      ）                                                                                                                                                              |
|                     | 発達相談の利用                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容                      ）                                                                                                                                                            |
|                     | 健診や発達相談の内容について提供を受けていいか |                                                                                                                                                                                                                                            |

※該当の月齢に達していない場合、受けていないをチェックしてください。

※別途、医師の診断書または意見書の提出を依頼することがあります。

## 4 利用希望時間、送迎について

|                                         |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 希望する曜日                                  | <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 |
| 子どもの送りの方                                | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他（                      ）                                       |
| 保育施設までの交通手段                             | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他（                      ）                                    |
| 送迎時間、勤務時間<br>(入所していない場合は第1希望の保育施設までの時間) | 自宅から保育施設の移動時間    午前__時__分発    午前__時__分着                                                                                                                                       |
|                                         | 保育施設から勤務先の移動時間    午前__時__分発    午前__時__分着                                                                                                                                      |
|                                         | 勤務先から保育施設の移動時間    午後__時__分発    午後__時__分着                                                                                                                                      |
| 子どものお迎えの方                               | <input type="checkbox"/> 送りと同じ方 <input type="checkbox"/> 別の方がお迎え（続柄                      ）                                                                                    |

1 保育施設を利用できる時間は、送迎者の勤務時間と通勤時間、保育施設までの送迎時間となり、買い物に立ち寄る等の私的な理由で利用はできません。

2 送迎時間が午前8時30分～午後4時30分となる場合、目安として勤務時間が月120時間未満の方（通勤時間は別途考慮）は保育短時間、それ以外の方は保育標準時間となります。実際の保育時間は、保育所と相談して決めていただきます。

記載内容に不備や虚偽がある場合、減点や内定取消しになる場合がありますので、ご注意ください。