

保 育 所(園) 等 入 所 申 込 調 査 書

【申込児童の保育の現況】 該当する ☐ にチェック及び記入をしてください。

☐ 自宅で保育している
☐ 保育施設に預けている（施設名： _____ ） （退所予定の場合、退所予定日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日）
☐ 一時預かり等を利用している（施設名 _____ ）
☐ その他（ _____ ）

※申込児童が認可外保育施設等を月に 60 時間以上有償で利用している場合は、保育証明書又は契約書等（預け先・保育時間・保育料等記載書類）をご提出ください。

【申込児童以外の（就学前の）兄弟姉妹の保育の現況】 該当する ☐ にチェック及び記入をしてください。

幼稚園・保育所・企業主導型保育施設等に入所している児童の有無	☐ いない ☐ いる（名前： _____ 施設名： _____ ）
--------------------------------	--

【育児休業からの復職を理由に入所申込をする場合】 該当する ☐ にチェック及び記入をしてください。

育児休業期間に入所できなかった場合	☐ 復職する（令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日から） ☐ 育児休業を延長する（令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで）
-------------------	---

※ご提出いただいた就労証明書の「16 育休延長可否」の内容と一致するように記入してください。

【求職活動を理由に入所申込をする場合】 該当する ☐ にチェック及び記入をしてください。

現在、求職活動を行っていますか？	☐ インターネット・求人誌等で仕事を探している ☐ ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している ☐ その他（ _____ ） ☐ 保育所等に入所後、求職活動を行う
------------------	---

【同時に2人以上の入所申込をする場合】 該当する ☐ にチェックをしてください。

同時に入所ができない場合	☐ 1人だけでも入所を希望する ☐ 入所を希望しない
別々の施設に内定した場合	☐ 別々の施設でも入所を希望する ☐ 入所を希望しない

※上記は同時入所や同園入所ができない場合の希望です。利用調整では、まず同時に同園に入所可能であるか確認しています。（兄弟姉妹で希望園の順位をそろえる必要があります）。

※兄弟姉妹で同じ施設を希望し、先に1人だけでも入所を希望される場合は、1人目の入所が決定した場合、翌月からの利用調整は2人目以降の希望園は1人目が入所した保育所等のみでの調整となります。

【施設等利用給付認定について】 ※詳細は保育所等利用案内23、24ページをご確認ください。

入所保留となった場合の一時預かり事業や認可外保育所等の利用予定	☐ 利用予定あり ⇒ 別途申請が必要です。 ☐ 利用予定なし
---------------------------------	--

※利用調整の結果、入所保留となった場合、一時預かり事業や認可外保育所等を利用予定で、施設等利用給付認定希望がある方は別途申請が必要です。認定を希望される月の前月末までに「子どものための教育・保育給付認定（変更）申請書 兼 子育てのための施設等利用給付認定（変更）申請書」と保育が必要な事由を証明するための書類をご提出ください。認定は各月1日からの認定となります。月途中からの認定はできません。

※現在、育児休業期間中の場合は、原則として復職後からの認定となります。

裏面あり

【申込児童の健康調査】 該当する ☐ にチェック及び記入をしてください。

ご記入された内容は、利用されている発育・発達に関する相談室や教室等と情報を連携し、保育所等へ提供することがあります。

申込児童氏名（フリガナ）	（ ）		生年月日	令和	年	月	日
成育歴について	【出生時の状況】 ☐ 正常分娩 ☐ 早産（ ）か月） 【身長・体重】 出生時：身長（ ）cm） 体重（ ）g） 現在：身長（ ）cm） 体重（ ）kg）						
乳幼児健診について	☐ 受診済み ⇒ ※受診済みの健診にチェックしてください。 ☐ 未受診 ☐ 1 か月児健診 ☐ 4 か月児健診 ☐ 8～10 か月児健診 ☐ 1 歳6 か月児健診 ☐ 3 歳児健診 【健診時の指摘事項】 ☐ なし ☐ あり ⇒ ※ありの場合は下記に指摘内容を記入してください。 （ ）						
発育・発達等について	【首のすわり】（ ）か月頃） 【歩行の開始】（ ）か月頃） 【発語】 ☐ 喃語 ☐ 単語 ☐ 二語文 ☐ なんでも話せる						
発育・発達に関する相談歴について	☐ 相談歴なし ☐ 相談歴あり ⇒ ※下記に詳細を記入してください。 【いつ】（ ）か月頃） 【相談機関等】 ☐ こども発達支援室 くれよん ☐ 児童発達支援（事業所名： ） ☐ その他の支援教室等（教室名： ） 主催： ） ☐ 現在も利用を継続している 【利用状況】 週 ・ 月 回 ☐ 現在は利用していない						
健康状況について	☐ 良好 ☐ 持病・治療中の病気がある ⇒ ※下記の該当する☐にチェック及び詳細を記入してください。 ☐ ぜんそく ※服薬 1日 回／朝・昼・晩・就寝前・発作時 薬の名前： ☐ 心臓疾患 ※服薬 1日 回／朝・昼・晩・就寝前・発作時 薬の名前： ☐ 熱性けいれん ※いつごろありましたか？（ ）歳頃） ☐ アトピー ☐ その他（ ）						
かかりつけの医療機関	☐ ない ☐ ある 医療機関名： 通院頻度： 週 ・ 月 ・ 年 回						
アレルギーについて	☐ ない ☐ ある ⇒ ※下記に詳細を記入 ☐ 牛乳 ☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ 甲殻類（えび・かに） ☐ 大豆 ☐ 果物（ ） ☐ そば ☐ その他（ ）						
除去食について	☐ 必要なし ☐ 必要あり ⇒ ☐ 食物アレルギー ☐ 宗教上の理由 制限されている食べ物（ ） ※除去内容によっては、対応できない場合もあります。事前に必ず入所希望保育所等にご確認ください。						
障がいの有無	☐ なし ☐ あり（☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳） ☐ 交付申請中（☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳）						
自由記入欄（※上記で記入した内容について、入園後、施設側で配慮が必要なことがある場合は必ず詳細についてご記入ください。）							