

(あて先) 入間市長(入間市福祉事務所長)

次のとおり必要書類を添えて、教育・保育給付認定(変更)の申請及び特定教育・保育施設等の利用の申込みをいたします。

市記入欄		
受付年月日	年	月 日
受付番号	第	号

※ご記入の際は、必ず黒または青の消えないボールペンでお願いします。
※年月日は和暦で記入してください。

保護者について	住所	入間市		申込日	年 月 日	過去の保育施設等の 申込有無(兄弟姉妹含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	フリガナ		子どもの 続柄	電 話	<input type="checkbox"/> 自宅	—	—
	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	父・母		<input type="checkbox"/> 携帯(父)	—	—
	個人番号				<input type="checkbox"/> 携帯(母)	—	—
					<input type="checkbox"/> ()	—	—
					※ 優先的に連絡する先にしん点を付けてください。緊急時等にも使用しますので、複数記入ください。		
				生活保護の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(開始日 年 月 日)		
				ひとり親世帯について	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(発生日 年 月 日)		

※上記の者を教育・保育給付認定結果を通知する保護者及び保育料等の納付義務のある保護者とします。

子どもについて	フリガナ		性別	保護者との 続柄	R3.4.1時点 年齢	認定及び利用希望期間	
	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	男・女			年 月 日 ~	
	個人番号					<input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 出産日から8週後の月末 <input type="checkbox"/> その他(年 月 日)	
				障害の有無	<input type="checkbox"/> なし	ありの場合具体的に記入してください	
				アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし		
保育希望の有無	<input type="checkbox"/> 保育希望なし(1号認定) 保育希望がある場合は、保育必要量も選択してください。選択がない場合は、添付書類等に基づき、審査します。 <input type="checkbox"/> 保育希望あり(2号・3号認定)				1 就労	2 妊娠・出産	3 疾病・障害
希望保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間)				4 介護・看護	5 災害復旧	6 求職活動
					7 就学	8 その他()	

保育を必要とする主な理由(具体的な理由を記入のうえ、右上記の番号で最も該当する番号を1つ選択し、○を付してください。)

申込区分	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 継続申込 <input type="checkbox"/> 転園申込 (転園を希望する理由)			
利用希望施設	現利用施設名	<input type="checkbox"/> 利用解除	第4希望	第7希望以降 足りない場合は欄外に記入、もしくは別紙をご用意ください。
	第1希望		第5希望	
	第2希望		第6希望	
	第3希望		幼稚園等併願 (申込日 年 月 日)	

希望施設等は、通える範囲で記入してください。希望した施設等に関し、利用調整します。正当な理由なく利用を辞退した場合、次の利用調整で不利になることがあります。転園申込の方で、いかなる利用調整結果であっても現利用施設等の利用を希望しない場合は、利用解除にしん点を付してください。継続申込の場合は、現利用施設名のみ記入してください。

同居(世帯分離・内縁等含む)家族	氏名	子どもの 続柄	生年月日	年齢	勤務先/学校名/施設名/その他状況	個人番号
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

市外への転出予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月頃 都道府県 市区町村へ	<input type="checkbox"/> 家族全員 <input type="checkbox"/> 子どもを含む家族一部 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 転出予定自治体の保育施設等を利用希望 <input type="checkbox"/> 転出後も入間市の保育施設等を利用希望	必ず面自治体に事前相談をしてください。転出後に再度申込みが必要です。入間市の施設を希望する場合は、原則として入間市在勤・在学が条件です。

市記入欄	認定理由: <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間	年月日 ~ 就学前・ 3歳の前々日・ 年 月 日	処理欄				
	利用調整 不可理由: 施設定員・私的理由・求活なし・その他() 施設名 可 年 月 ~ 就学前・ 年 月 末			受付・入力	認定	負担額	調整

申込みチェックシート

現在該当していない項目もお読みいただきし点を付してください。(R2.10更新)

NO.	確認内容	保護者欄	市記入欄
1	この申込みチェックシートは、申込みにあたって特に確認していただきたい事項をまとめたものです。この他にも手引き等をご覧ください。	<input type="checkbox"/> 確認済	
2	保育幼稚園課で一度受理した書類は、原則としてお返しいたしません（コピーによる返却も含む）。また、育児休業延長のための手続き等で必要な方は提出前にコピーをしてください。	<input type="checkbox"/> 確認済	
3	申込みに必要な書類は、原本を提出してください。証明書等で原本の提出がない場合は、無効とします。（兄弟姉妹の同時申込みの場合は、上の子はコピー可。下の子は原本を必ず添付）	<input type="checkbox"/> 確認済	
4	利用調整会議は申込期限までに提出された書類によって行います。期限後に提出された書類は次回の利用調整から考慮します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
5	申込みの日から2か月を経過しても、必要書類が提出されない場合は、申込みを却下します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
6	申込みに必要な書類を不正に入手したり、虚偽の内容で作成した場合、法令に基づき処罰される可能性があります。	<input type="checkbox"/> 確認済	
7	不正やその他同様の事実が発覚した場合、保育所等の利用の有無を問わず、申込みをさかのぼって却下します。なお、保育料はお返しできません。	<input type="checkbox"/> 確認済	
8	教育・保育給付認定（変更）申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書に記入漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/> 確認済	
9	特定教育・保育施設等の利用申込に関する確認票に記入漏れはありませんか。（NO.21もご確認ください。）	<input type="checkbox"/> 確認済	
10	家庭状況調査票に記入漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/> 確認済	
11	健康調査票に記入漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/> 確認済	
12	保護者全員の保育を必要とする証明書（就労の場合の就労証明書等）は用意してありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 今後提出	
13	自営業の方は、確定申告書の写しや源泉徴収票、勤務実績報告書等の提出も必要です。自営業には、親族が経営しているものを含みます。株式会社や有限会社などの法人格を有する場合も該当します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
14	不足書類の提出及び希望施設の変更等の期限は 1次受付：R2.11.30（月） 2次受付：R2.12.28（月） 年度途中：各月の締切日です。	<input type="checkbox"/> はい	
15	希望保育所等の見学などしましたか。（手引きの内容が実際の保育と異なる場合があります。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 今後予定	
16	[アレルギー、障害等のお子さんについて] アレルギーや障害を有するなど保育にあたって、除去食の提供など特別な配慮が必要となる場合、各施設に受入れが可能であるか事前に確認をしてください。集団保育が実施できないと判断された場合は、利用できないことがあります。	<input type="checkbox"/> 確認済	
17	希望保育所等は利用したい順番で記入しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	
18	希望保育所等の受入月齢・保育時間・保育内容など確認しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	
19	保育料以外にかかる費用（おむつ代や制服・通園バッグ、3歳児以上の給食費など）があり、施設等によって異なります。	<input type="checkbox"/> はい	
20	[疾病・障害・介護等で申込みの場合] 入間市の指定用紙で診断書を取得してください。それ以外の診断書を提出した場合、適正な調整ができない場合があります。 また、診断の期間が終了した場合や翌年度の申込みの際は再度提出してください。	<input type="checkbox"/> 確認済	

申込みチェックシート

現在該当していない項目もお読みいただきし点を付してください。(R2.10更新)

NO.	確認内容	保護者欄	市記入欄
21	[★育児休業からの復帰での申込みの場合] 特定教育・保育施設等の利用申込に関する確認票の中で、「(2)希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も可能である」を選択した場合、育児休業からの復帰を前提としないものとして、調整指数が減点となります。	<input type="checkbox"/> 確認済	
22	[育児休業からの復帰での申込みの場合] 保育所等の利用が決定した場合、入所月の翌月10日までに復帰することが条件です。復職後、14日以内に復職証明書を提出してください。期限までに提出がない場合、保育の利用を解除します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
23	[育児休業を取得した場合] 新たに育児休業を取得する場合は、育児休業に係る子(対象児)が1歳に達する日の属する月末までが、現に保育所を利用している子の保育期間です。期間経過後も対象児の保育所等の申込みがない場合は、保育の実施を解除します。対象児の申込み結果によって、やむを得ず育児休業を延長される場合は、最長で1歳に達する日の属する年度末まで延長します。2年以上育児休業を取得される場合は、1歳に達する日の属する月末で保育の実施を解除します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
24	保育料に滞納がある場合(兄弟姉妹分を含む)、利用調整で著しく不利になります。	<input type="checkbox"/> 確認済	
25	住所変更や家庭状況の変化があった場合は、早急に保育幼稚園課に届出てください。また、保育が必要な事由に変更(転職など)があった場合なども早急に届け出てください。	<input type="checkbox"/> 確認済	
26	利用調整結果で入所保留となった場合、申込書は令和3年3月の利用調整まで有効です。ただし、その間に利用希望期間や保育の認定期間が終了した場合は、申込みの有効期間も終了します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
27	保育必要量が変更となる場合(事由の変更や就労時間の変更など)は、25日(閉庁日の場合は、翌開庁日)までに変更申請があった分を翌月から適用できるか審査します。	<input type="checkbox"/> 確認済	
28	保育所等の利用開始決定後、申込み時と保育の必要な状況が異なり著しく指数に変動がある場合は保育の実施を解除する場合があります。(例:育休復帰で申込みしたが、入所月に退職して求職活動となった)	<input type="checkbox"/> 確認済	
29	第3子以降の子どもにおいて、その子が年度内で3号認定であった場合、保育料の減免の申請が可能です。	申込み児童は <input type="checkbox"/> 第1・2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	
30	保護者のいずれもの所得が38万円以下であった場合、同居の親族(世帯分離している者を含む)を含めて保育料の算定を行います。	<input type="checkbox"/> 確認済	
31	同居の家族の欄には、世帯分離している家族を含め、現在同居している全ての方を記入しましたか。	<input type="checkbox"/> 確認済	
32	令和3年4月以降に兄弟姉妹が新制度に移行していない幼稚園等に在園している場合、保育料決定後に、兄弟姉妹施設等利用状況調書をご提出ください。該当する施設等は手引きをご覧ください。	<input type="checkbox"/> 確認済	
33	令和3年1月1日以降に入間市に転入された場合、保育料を決定するために令和2年度または令和3年度の課税証明書(全部記載のもの)の提出をお願いする場合がございます。	<input type="checkbox"/> 確認済	
34	未婚のひとり親の方は、保育料決定後にみなし寡婦適用申請書の提出が必要です。	<input type="checkbox"/> 確認済	
35	市民税の申告をしていない場合、利用調整において減点の対象となりますので、未申告の場合は、速やかに申告してください。	<input type="checkbox"/> 確認済	
36	保育料および給食費について、入間市にお支払いいただく場合、口座振替でお支払いいただきます。口座振替でのお支払いが可能ですか。 <input type="checkbox"/> 出来ます <input type="checkbox"/> 出来ません(理由:)	<input type="checkbox"/> 確認済	
37	この他窓口等でご相談できない内容等がありましたらご記入ください。		

家庭状況調査票

記入漏れがあった場合、利用調整に反映することができません。
また、虚偽等の不正があった場合は、利用調整において著しく不利になります。利用調整後に虚偽等の不正が判明した場合は、調整結果を取り消すこともあります。

子どもの氏名	フリガナ	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
保護者の状況	区分	父(又はそれに相当する方)		母(又はそれに相当する方)		
	住所	R2.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input type="checkbox"/> (市・区 町・村)	R2.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input type="checkbox"/> (市・区 町・村)			
		R3.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input type="checkbox"/> (市・区 町・村)	R3.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input type="checkbox"/> (市・区 町・村)			
		都・道 府・県	市・区 町・村	都・道 府・県 市・区 町・村		
	保育の必要な理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	妊娠出産について	出産予定 出産予定日 産後8週 復職 <input type="checkbox"/> 育休取得予定(父・母) 年 月 日まで なし・あり 年 月 日 予 定 点 の 定 <input type="checkbox"/> 保育の必要なし <input type="checkbox"/> その他 ()				
	不在の場合	理由: <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日 から [児童扶養手当の受給] あり・申請中・なし 別居の場合:氏名 (年 月 日生) 住所 別居理由: 単身赴任・離婚前提 [法的手続き なし・あり() 確認できる書類を提出してください]				
	保育の必要な理由が「就労」に該当する方は、以下を記入してください。					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 就労内定(就労予定日 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 就労内定(就労予定日 年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> 育児休業中(延長: 可・否 短縮: 可・否)		<input type="checkbox"/> 育児休業中(延長: 可・否 短縮: 可・否)		
現在の取得期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		現在の取得期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
主な勤務時間		日・月・火・水・木・金・土・シフト制		主な勤務時間		
平日: 時 分 ~ 時 分		平日: 時 分 ~ 時 分		土曜日: 時 分 ~ 時 分		
土曜日: 時 分 ~ 時 分		土曜日: 時 分 ~ 時 分		日曜日: 時 分 ~ 時 分		
日曜日: 時 分 ~ 時 分		日曜日: 時 分 ~ 時 分		日曜日: 時 分 ~ 時 分		
※交代制やシフト制等で勤務時間が定まっていない場合は、勤務日数の最も多い時間帯を記入してください。						
勤務先	会社名		会社名			
	勤務地住所	都・道 府・県 市・区 町・村	勤務地住所	都・道 府・県 市・区 町・村		
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社(職)員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣(派遣元:) <input type="checkbox"/> 自営(中心者・協力者・親族経営) <input type="checkbox"/> 自営手伝い(無給) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 正社(職)員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣(派遣元:) <input type="checkbox"/> 自営(中心者・協力者・親族経営) <input type="checkbox"/> 自営手伝い(無給) <input type="checkbox"/> その他()		
	通勤方法	片道 分 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()	通勤方法	片道 分 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()		
児童本人を除く同居している方(世帯)の状況						
	氏名	続柄	年齢	職業・通学先等	緊急時の連絡先(携帯電話等)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
保育を必要とする曜日及び時間	父及び母の就労等の事由によって、保育が必要となる曜日にレ点をいれてください。 ※原則として、父または母のいずれかが、保育事由に該当しない曜日は保育の利用は出来ません。					
	<input type="checkbox"/> 平日 時 分 ~ 時 分 <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 時 分 ~ 時 分 (毎週・不定期・隔週・月 回)					
<input type="checkbox"/> 日曜日 時 分 ~ 時 分 (毎週・不定期・隔週・月 回)						
主な送迎手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他()					
送迎者	送り: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父(父方・母方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方・母方) <input type="checkbox"/> その他()					
	迎え: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父(父方・母方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方・母方) <input type="checkbox"/> その他()					

健康調査票

受入施設の調整等に必要なものです。記入漏れや事実と異なる記載があった場合、入所後であっても集団保育が不可能と判断された場合は、利用決定を取消すことがあります。記入後に状況等の変化があった場合は速やかに申し出てください。

子どもの氏名	フリガナ	年 月 日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時の身長/体重	cm/ g
妊娠・出産時の異常の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 出産時 <input type="checkbox"/> 出産後) <small>ありの場合具体的に ⇒</small>				
発育の様子	<input type="checkbox"/> 首のすわり ____ か月 <input type="checkbox"/> 寝がえり ____ か月 <input type="checkbox"/> はいはい ____ か月 <input type="checkbox"/> おすわり ____ か月 <input type="checkbox"/> つかまり立ち ____ か月 <input type="checkbox"/> つたい歩き ____ か月 <input type="checkbox"/> 歩き始め ____ か月				
食事の様子	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク(1回 ____ cc 1日 ____ 回) <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳 ____ 歳 ____ か月から <input type="checkbox"/> 離乳完了 ____ 歳 ____ か月 <input type="checkbox"/> 幼児食				
検診の状況	3か月	<input type="checkbox"/> 受診あり(<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)			<input type="checkbox"/> 受診なし
	1歳半	<input type="checkbox"/> 受診あり(<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)			<input type="checkbox"/> 受診なし
	3歳児	<input type="checkbox"/> 受診あり(<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり)			<input type="checkbox"/> 受診なし
	その他 ____ 歳 ____ か月	<input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり			
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他() ※1回接種したのものも含む				
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 脱臼(部位:) 上記以外の大きな病気や怪我 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名等:) 服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 鶏 <input type="checkbox"/> 豚 <input type="checkbox"/> 牛 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 果物() <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 薬品 <input type="checkbox"/> その他() 医師診断(アレルギー検査) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(主治医:) 症状: 服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / アナフィラキシーショック既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり エピペンの処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
障がいの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	障がいの区分	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他	手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	症状	____ 歳 ____ か月頃から	服薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1回目	____ 歳 ____ か月	その後 ____ 回 熱度 / 無熱性 ____ 回
	てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	症状	診断時期	____ 歳 ____ か月・病院名
かかりやすい病気や体質等	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 皮膚弱い <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎				
病気(既往を含む)に関して、通院・相談していれば、病名等と病院名を記入してください。	病名等: 病院名:				
お子様の成長・発達に関してのご心配なことや、施設・機関へ通所・ご相談等している場合は施設・機関名を記入してください。	ご心配なこと: 施設・機関名:				
その他健康面・発達面で気になることがあれば記入をお願いいたします。					

祖父母の状況(分かる範囲でご記入ください)

父方	祖父	就労・無職・疾病・死別	別居・同一敷地内別棟	住所	都・道 府・県	市・区 町・村
		その他()	同居・二世帯住宅	氏名	年齢 歳	
	祖母	就労・無職・疾病・死別	別居・同一敷地内別棟	住所	都・道 府・県	市・区 町・村
		その他()	同居・二世帯住宅	氏名	年齢 歳	
母方	祖父	就労・無職・疾病・死別	別居・同一敷地内別棟	住所	都・道 府・県	市・区 町・村
		その他()	同居・二世帯住宅	氏名	年齢 歳	
	祖母	就労・無職・疾病・死別	別居・同一敷地内別棟	住所	都・道 府・県	市・区 町・村
		その他()	同居・二世帯住宅	氏名	年齢 歳	