

(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(令和など)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	既に認定を受けている場合は認定番号を記入してください。	[ ]		
	氏名(生年月日)	( 年 月 日)	父・母	電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(父) <input type="checkbox"/> 携帯(母) <input type="checkbox"/> ( )	— — — —	※優先的に連絡する先にレ点をつけてください。緊急時等にも使用しますので、複数記入ください。
	マイナンバー個人番号			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	R6.4.1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 ~ <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 出産日から8週後の月末(妊娠・出産要件の場合) <input type="checkbox"/> その他( 年 月 日)
マイナンバー個人番号			障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(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。	1 就労	2 妊娠・出産	3 疾病・障害
	<input type="checkbox"/> 保育希望あり(2号・3号認定)		4 介護・看護	5 災害復旧	6 求職活動
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)	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) ※幼稚園・認定こども園(教育部分)も併せて申込みされている場合は施設名をご記入ください。	

希望施設等は、通える範囲で記入してください。希望した施設等に限り利用調整します。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、利用解除にレ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。市外の施設等を希望する場合は施設名の後にカッコ書きで市区町村名を記入してください。

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(マイナンバー)	
				年 月 日			
				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	<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		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。		
<input type="checkbox"/> 転出後も入間市の保育施設等を利用希望					

市記入欄	認定	却下理由: <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・求活なし・その他( ) 施設名	年月 ~ 就学前・年月末	受付・入力	認定	負担額	調整	通知



# 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ポイントを付してください。(R5.10更新)

NO.	確認内容	保護者✓欄
1	申込みにあたり、手引きを必ず確認してください。	<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(審査)は、申込み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、申込みを取下げたものとみなし、処理します。	<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、すでに保育所等を利用していた場合、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すか。	<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すか。(NO.22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すか。	<input type="checkbox"/> 確認済
11	健康調査票に記入漏れはありますか。	<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の写し、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申込内容の変更等の期限は、 4月(1次受付):R5.11.30(木) 4月(2次受付):R5.12.28(木) 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行いましたか。 (手引き等の内容が実際の保育と異なる場合がありますので、保育時間や保育内容などは事前にご確認ください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 今後予定
16	【★アレルギー、障害や発達の遅れがあるお子さんについて】 アレルギー及び障害を有する場合や、発達の遅れがある子の保育にあたって、除去食の提供など特別な配慮が必要となる場合、必ず施設に受入れが可能であるか事前に確認をしたうえで希望してください。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れ月齢・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	【就労で申込みの場合】 提出いただいた就労証明書の内容が、入所後も継続するものとして審査します。入園時点で転職等により、就労内容が変わった場合、入所取消や退園になる場合があります。変更があった場合は、早急に届け出ください。	<input type="checkbox"/> 確認済
21	【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、適正な認定や利用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ポイントを付してください。(R5.10更新)

NO.	確認内容	保護者 <input checked="" type="checkbox"/> 欄
22	【★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
23	【育児休業からの復帰での申込みの場合②】 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
24	【保育所等在籍中に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、育児休業の対象児が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。ただし、育児休業の対象児の保育施設等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
25	【妊娠・出産要件で申込みの場合】 妊娠・出産要件で申込みの場合、産後8週後の翌日の月末(認定期間の終了時)に退園になります。	<input type="checkbox"/> 確認済
26	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
27	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け出てください。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
28	利用調整結果で入所保留となった場合、申込書は令和7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
29	保育必要量に変更となる場合(事由の変更や就労時間の変更など)は、毎月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
30	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:育児休業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等。)	<input type="checkbox"/> 確認済
31	第3子以降の子どもにおいて、保育料の減免の申請が可能です。保育料決定通知書が届いた後に、必要な場合は保育料減免(助成)申請書を提出してください。	<input type="checkbox"/> 確認済
32	保護者のいずれもの所得が48万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
33	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
34	令和6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
35	令和6年1月1日現在、入間市に住民登録がない場合、保育料を決定するために令和5年度または令和6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あります。	<input type="checkbox"/> 確認済
36	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
37	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けます。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
38	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①

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	子どもの生年月日	年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
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	都・道 府・県	市・区 町・村	都・道 府・県	市・区 町・村			
記載日の住所	R5.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input 3"="" type="checkbox/&gt;(市・区&lt;br/&gt;町・村)&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> R5.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input 2"="" type="checkbox/&gt;(市・区&lt;br/&gt;町・村)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td colspan="/> R6.1.1現在 <input type="checkbox"/> 入間市内 <input 3"="" type="checkbox/&gt;(市・区&lt;br/&gt;町・村)&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> R6.1.1現在 <input type="checkbox">入間市内 <input 2"="" type="checkbox/&gt;(市・区&lt;br/&gt;町・村)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td rowspan="/>保育の必要な理由</input>		<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>		<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 (                      )		
	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。						
保護者の状況	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"/> 育児休暇中(延長: 可・否 短縮: 可・否) 現在の取得期間: 年 月 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"/> 育児休暇中(延長: 可・否 短縮: 可・否) 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		日・月・火・水・木・金・土・シフト制		
			平日:	時 分 ~ 時 分	主な勤務時間	平日:	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	
※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	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( )	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( )	
別居・不存在の場合 <small>(単身赴任含む)</small>	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( )						
	いつから: 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)]							
妊娠出産について	出産予定	(出産予定ありの場合) 出産予定日	産後8週 ⇒ 時 点 の 定	<input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 育休取得予定(父・母) 年 月まで <input type="checkbox"/> 保育の必要なし <input type="checkbox"/> その他( )			
	※2年以上の育児休業を取得する予定の場合、家庭での保育が可能であると判断する場合があります。						

【裏面も記入してください】

## 家庭状況調査票②

※同居している方(世帯)を記入してください。							
世帯(同居)の状況	No.	氏名	子どもとの続柄	R6.4.1 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						
	7						

※別居の祖父母の状況をご記入ください。						
別居の祖父母の状況	父方	祖父	住所	都道府県	市区町村	<input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
			氏名		R6.4.1 年齢	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他( )
	母方	祖母	住所	都道府県	市区町村	<input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
			氏名		R6.4.1 年齢	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他( )
	父方	祖父	住所	都道府県	市区町村	<input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
			氏名		R6.4.1 年齢	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他( )
	母方	祖母	住所	都道府県	市区町村	<input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
			氏名		R6.4.1 年齢	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他( )

### 保育に関する事項について

保育を必要とする曜日及び時間	保育施設に預ける場合に、父及び母の就労等の事由によって、保育が必要となる時間を記入してください。 また、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①

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		生年月日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	妊娠期間	週	日	
			H R	年 月 日生		出生時身長/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 )								
発育の様子	<input type="checkbox"/> 首のすわり _____ か月		<input type="checkbox"/> 寝返り _____ か月		<input type="checkbox"/> ひとりすわり _____ か月		<input type="checkbox"/> はいはい _____ 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"/> ひとり歩き _____ か月				
健診の状況	3か月	<input type="checkbox"/> 受診あり( <input type="checkbox"/> 異常なし <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"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指導あり[ _____ ] )							<input type="checkbox"/> 受診なし
	2歳歯科	<input type="checkbox"/> 受診あり( <input type="checkbox"/> 異常なし <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"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指導あり[ _____ ] )							<input type="checkbox"/> 受診なし
	その他	歳	か月	健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり[ _____ ]				
予防接種	※1度でも接種したことがあるものに、レ点を入れてください。接種がすべて完了したものは、チェック欄を塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> ヒブ(Hib) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> その他( _____ )								
既往歴	<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓疾患(病名: _____ 病院: _____) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア(部位: _____) <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)								
現在の食事の様子	<input type="checkbox"/> 母乳( _____ 回) <input type="checkbox"/> 混合(母乳 _____ 回+ミルク _____ ml× _____ 回) <input type="checkbox"/> ミルク( _____ ml× _____ 回) <input type="checkbox"/> 離乳食: _____ 歳 _____ か月から( _____ 回/日) <input type="checkbox"/> 幼児食(離乳完了: _____ 歳 _____ か月)								
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(複数の臓器に重い症状) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アナフィラキシーショック(血圧低下・意識障害などのショック症状を伴う) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / エピペン処方 <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	判定	_____		
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	塗薬	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜		
	けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 回 初回 _____ 歳 _____ か月 最終 _____ 歳 _____ か月		熱:あり	_____ 回	℃/なし	_____ 回		
	てんかん	<input type="checkbox"/> なし 症状 _____ <input type="checkbox"/> あり 診断時期 _____ 歳 _____ か月・病院名 _____		予防薬名	_____		服薬	1日 _____ 回 _____ 時間毎 食前・食後	
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: _____ 服薬: _____									
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します。									

【裏面も記入してください】

## 健康調査票②

以下の項目について、お子さまの記入時点の年齢まで、該当する方にレ点を入れてください。

例) お子さまが2歳半の場合、0歳・1歳・1歳6か月・2歳・2歳以上の質問部分を回答してください。

年齢	質問	回答	
0歳	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	そばにあるおもちゃに手をのぼしてつかみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	話しかけるような声を出しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	後追いしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1歳	バイバイやコンニチハなどの身振りをしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすとその方向をみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1歳6か月	ワンワン、ブーブーなど意味のある言葉(名詞)をいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	自分でコップを持って水を飲みますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	食事や間食(おやつ)の時間・回数はだいたい決まっていますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2歳	走ることが出来ますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	スプーンを使って自分で食べますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	「リモコンを持ってきて」「おもちゃを片付けて」などの簡単な口頭指示を実行できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2語文(ワンワンきた、マンマちょうだい等)を言いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3歳	手を使わずに階段を登れますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	クレヨンなどで丸(円)を書きますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	衣服の着脱をひとりでしたがりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	自分の名前が言えますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4歳	階段の2・3段目の高さから飛び降りるようなことをしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	おしっこをひとりですみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	自分の経験したことを父母に話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	衣服の着脱ができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5歳	テレビやスマートフォンなどを長時間見せないようにしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	色(赤・黄・緑・青)がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はっきりした発音で話が出来ますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	うんちをひとりですみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2歳以上	こだわりが強い、かんしゃくを起こす、奇声をあげたりして困った経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3歳以上	一か所にじっとしてられない、落ち着かない、動き回って目が離せないで困った経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	目を数秒間合わせられますか、目を合わせて話が出来ますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ



## マイナンバー確認書類 添付台紙

「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用に関する法律」(番号法)に基づき、個人番号(マイナンバー)の提出が必要です。

★過去、同申請で保育幼稚園課にマイナンバーを提出しており、マイナンバーの変更がない方は、申請書への記入及び確認書類の提出の必要はありません。

① 保護者及びその配偶者、申請児童、家計の主宰者(保護者の収入が一定額以下の場合)について、マイナンバーの提出が必要になりますので、マイナンバーを申請書に記入してください。

②-1 窓口に保護者が直接持参して、申請をする場合は、その場でマイナンバーの確認を致しますので、申請書にマイナンバーを記載した方について、以下の必要書類を持参してください。(提出の必要はありません。本人確認書類は、持参した方の分のみ提示ください。)

②-2 窓口に代理人が持参して提出する場合、申請書にマイナンバーを記載した方について、以下の書類のコピーを添付し、委任欄に記入して下さい。(委任者は申請書の保護者の方です。)  
代理人の方は、提出時に身元確認を行いますので、本人確認書類をご提示ください。

②-3 郵送等により、保育幼稚園課に直接提出しない場合は、マイナンバーを申請書に記載した方について、以下の必要書類のコピーを、この台紙に添付して提出してください。

<添付場所>

番号確認書類	次のいずれか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカード</li> <li>・通知カード</li> <li>・個人番号通知書</li> <li>・マイナンバーの記載のある住民票</li> </ul>
本人確認書類 (氏名・住所 ・生年月日 の記載)	いずれか1点 (顔写真あり)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカード</li> <li>・運転免許証</li> <li>・障害者手帳</li> <li>・療育手帳</li> <li>・パスポート</li> <li>・在留カード</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>
	いずれか2点 (顔写真なし)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康保険証</li> <li>・児童扶養手当証書</li> <li>・特別児童扶養手当証書</li> <li>・年金手帳</li> <li>・介護保険被保険者証</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>

委任欄

私(委任者)は、本申請に関することを、以下の者(代理人)に委任します。

住所				
委任者氏名		生年月日	年	月 日)
住所				
代理人氏名		生年月日	年	月 日)