

(あて 記入例 入間市福祉事務所長)

次の用紙を併せて、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の提出をいたします。

市記入欄		
受付年月日	年	月 日
受付番号第		号

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 申込有無(兄弟姉妹含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	フリガナ	フリガナを記入してください	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)	保護者氏名を記入してください ↓保護者生年月日を記入してください (平成〇年 〇月 〇日)	父・母	話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(父) <input type="checkbox"/> 携帯(母) <input type="checkbox"/> ()	連絡先を記入してください。 市から優先的に連絡する人にチェック 入れてください
	マイナンバー 個人番号	保護者のマイナンバーを記入ください	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(開始日 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

子どもについて	フリガナ	申請子ども氏名を記入してください	保護者との 続柄	R6.4.1時点 年齢	認定及び利用希望期間	令和6年4月1日 ~
	氏名 (生年月日)	↓子ども生年月日を記入してください (令和〇年 〇月 〇日)	男・女	年齢の 数字を 記入	<input checked="" type="checkbox"/> 就 <input type="checkbox"/> 出 <input type="checkbox"/> そ	入所希望する年月日を記入してください。なお、 日付は必ず1日です。また、期間終了日の該当 部分にレ点を入れてください
	マイナンバー 個人番号	申請子どものマイナンバーを記入してください。	障害の有無	<input type="checkbox"/> なし	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) <input checked="" type="checkbox"/> 保育希望あり(2号・3号認定)添付書類等に基づき、審査します。	就労	2 妊娠・出産	3 疾病・障害
希望保育必要量	<input checked="" 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	8 その他()	

希望の保育時間にレ点を記入してください。記入がない場合は、申請書類から判断します。 父母共に就労により、家庭で保育が出来ないため

申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 継続申込	希望施設等	希望する施設を記入してください。利用調整は、お子さんの審査の順番が来た時に、希望順に審査しますので、必ず入所したい順番に記入してください。なお、記入してある施設のみ審査を行います。市外の施設を記入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。
利用希望施設	第1希望 ○○保育園 第2希望 △△保育所 第3希望 ◇◇こども園	希望施設等は、通える範囲で記入してください。転園申請の方で、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)
	同居家族氏名を記入してください	○	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	転出予定自治体の	転出後にも入間市の
----------	---	----------	-----------

市記入欄	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	3歳の前々日・年 月 日	就学前・年 月 日	処理欄	受付・入力	認定	負担額	調整	通知
	不可理由: 施設定員・私的理由・求活なし・その他() 施設名	年月~	就学前	年月末					

特定教育・保育施設等の利用申込に関する確認書

記入例

- 「保育施設等申込みの手引き」の内容に同意し、また希望する施設については見学等により保育内容を確認、了解し
 - 特定教育・保育施設等(居宅訪問型保育を除く)においては、集団での教育・保育が可能であること。
 - 保育の実施において留意すべき事項がある場合は、速やかに報告すること。
 - 保育の必要性の有無及び集団保育の可否を確認するため、市の職員が申込み内容に関して、勤務先、医療機関等に照会すること。
 - 子どもの健康や発達について、市又は施設等から医療機関への受診等に関し助言があった場合、受診等を行い、その結果を報告すること。
 - 申込書に記載された内容、その他受入れにあたって必要とされる世帯及び子どもの状況等を希望施設に情報提供すること。
 - 施設等から申込みの有無に関する照会に対し施設等に情報提供すること。
 - 教育・保育給付認定及び利用者負担額(保育料)の決定に必要な税に関する情報及び世帯に関する情報等を閲覧・照会すること。
 - 決定した教育・保育給付認定及び利用者負担額(保育料)、提出書類等について、施設等に提示すること。
 - 市が子ども及びその世帯員の児童手当、児童扶養手当、児童手当等の確認・照会をすること。
 - 教育・保育給付は法定代理受領とすること。
 - 教育・保育給付認定結果について、申請後
 - 申込書に記載された内容に変更があった場合は、施設等の利用を取消すことがあること。
 - 利用者負担額(保育料)は、納期限内に納付する。理由なく滞納がある場合は、利用調整または継続利用に関し、著しく不利になること。
- 子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の利用に関して、上記の事項を確認し、同意のうえ申請します。

内容を確認し、同意いただける場合は
父母欄それぞれに氏名を記入して下さい。
同意いただけない場合は、審査を受けられません。

保護者(父) 父氏名を記入 保護者(母) 母氏名を記入

以下は、保育希望がない方(1号認定)または、継続利用を希望している場合は記入不要です。それ以外の方は記入してください。

○ 現在の保育に関する状況について

自宅(父・母・その他[]))

※保育している父母の状況 ★育休取得)

★ 育休取得中の場合は、以下も記入して)

⇒ (1) 直ちに復職希望 (2) 希望)

!!! (2)を選択した場合、育休延長希)

祖父母宅 職場に同伴)

保育施設等(施設名:)

認可外保育施設(施設名:)

一時預かり(施設名:)

時間 / 1日)

現在の保育の状況について、該当部分にレ点を入れて
ください。
★育休休業中の場合について
(2)希望する保育所等に入所できない場合は、育休休
業の延長も可能であるを選択した場合、育休延長希望
とみなし、減点となり、入所に難しくなりますので、ご注意
ください。

○ 保育施設が利用できなかった場合の保育の状況について ※利用調整結果には影響しません。

①希望日以降は、利用調整を希望せず、申請を取り下げる。)

理由: 育児休業を取得・延長で対応する)

現在の保育所等(転所申込みの)

②申込有効期限内また教育・保育給付)

※ 待機する場合の状況について)

自宅で待機(父・母・その他[]))

祖父母宅 職場に同伴 職)

幼稚園等(施設名:)

一時預かり(施設名:) その他()

★ ②を選択した方で、就労か求職活動で申込みの場合は、以下も記入してください。)

就労時期を延期 求職活動を中止 求職活動を継続 その他()

⇒ 就労を開始する(年 月 日から就労(再)開始) 就労中)

育児休業の取得・延長 ⇒ 年度の途中で入所できる場合、育児休業を切り上げて復職可能)

審査の結果、入所出来なかった場合、①申請を取り
下げるか、②年度末まで毎月審査を希望するか、どち
らか選択し、必要な項目にレ点を入れてください。
なお、記入内容は、待機児童等の集計に必要なもの
であり、利用調整には影響ありません。

○ 兄弟姉妹等で2人以上を同時に申込みしている場合は以下もご記入ください。

注: 記入がない場合は、全員が同時・同施設の入所のみを希望したものととして利用調整を行います。)

①同時期に同じ施設に入所)

②同時に入所出来れば別々)

③1人だけでも入所を希望す)

※優先する子どもがいる場合、)

※1人だけでも入所する場合、)

★ ②同時別施設でも入所を希望するもしくは、③1人だけでも入所を希望するを選択した方は下記も記入してください。)

※2人以上同時期に入所できる場合)

⇒ 希望順位に関わらず、同じ施設を優先する。 別々の施設でもいいので、希望順位を優先する。)

兄弟姉妹で同時に申込する場合は、希望する審査方法にレ点を
入れてください。
レ点がない場合は、申請した兄弟姉妹全員が、同時期に同施設に
入所出来る場合のみ希望するとして審査します。

○ 第一希望の保育施設を選んだ主な理由について、ひとつお答えください。 ※利用調整結果には影響しません。

自宅から近い 職場から近い 平日の開所時間 土曜日の開所時間)

施設の設備面 施設の保育方針)

その他 ()

アンケートになりますので、ご協力ください。

申込みチェックシート

記入例

現在該当していない項目もお読みいただきレ点を付してください。(R5.10更新)

NO.	確認内容	保護者 <input checked="" type="checkbox"/> 欄
1	申込みにあたり、手引きを必ず確認してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済
2	保育幼稚園課で一度受理し含む。また、育児休業延長	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済
3	申込みに必要な書類は、原効とします。(兄弟姉妹の同付)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済
4	利用調整会議(審査)は、申れた書類は、次回の利用調整	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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.22もご確認ください。)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 確認済
11	健康調査票に記入漏れはありませんか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 確認済

内容を確認し、保護者欄にレ点を入れてください。
関係のない部分についても、確認いただき、レ点を入れてください。
選択肢の部分は該当する方にレ点を入れてください。

よる返却も
してください。
い場合は、無
本を必ず添
限後に提出さ

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レ点を付してください。(R5.10更新)

記入例

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 checked="" type="checkbox"/> 確認済
23	[育児休業からの復帰で保育所等の利用が決定後、14日以内に復職証解除します。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済
24	[保育所等在籍中に育児休業を取得し、新たに育児休業を取得し、現に保育所を利用していない場合は、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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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きます。口座振替でのお支払いが可能ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 出来ます <input type="checkbox"/> 出来ません(理由: _____)	<input checked="" 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。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">事由記述欄</div>	

内容を確認し、保護者 欄にレ点を入れてください。
 関係のない部分についても、確認いただき、レ点を入れてください。
 選択肢の部分は該当する方にレ点を入れてください。

家庭状況調査票②

記入例

※同居している方(世帯)を記入してください。

	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)	
世帯(同居)の状況	1	〇〇 〇〇	母	○	会社員	000-0000-0000
	2	△△ △△				00-0000-0000
	3	□□ □□				
	4					
	5					
	6					
	7					

申請している子どもと同居している方を全て記入してください。
申請書にも記入しますが、こちらの書類は、施設での面接時にも使用するため、必ずご記入ください。

※別居の祖父母の状況をご記入ください。

		住所	都道府県		市区町村	郵便番号	居住形態		
		祖父	埼玉	都道府県	入間	市区町村	×× 111-00	<input type="checkbox"/> 二世帯住宅	<input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
別居の祖父母の状況	父方	氏名	〇〇			R6.4.1 年齢		<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 その他()	
		祖母	住所	埼玉	都道府県			<input type="checkbox"/> 二世帯住宅	<input type="checkbox"/> 同一敷地内別棟
		氏名	〇〇 〇〇			R6.4.1 年齢	○	<input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()	
母方	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()	
	祖母	住所	東京	都道府県	〇〇 市区町村	〇〇〇 000-1		<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 checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他()	

祖父母が別居している場合は、こちらに記入してください。
不在の場合は、記入しないでください。

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入れてください。 ※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 checked="" type="checkbox"/> 平日 7時 30分～ 18時 30分 <input checked="" type="checkbox"/> 日曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 火曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 木曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 時 分～ <input type="checkbox"/> 日曜日 時 分～	<p style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red;">該当する項目にレ点を入れて、必要項目を記入してください。 保育を必要とする曜日及び時間は必要とする時を記入してください。 主な送迎手段と送迎者は、考えられるものをすべて記入してください。</p>
主な送迎手段	<input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩	
送迎者	送り:	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
	迎え:	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" 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

記入例

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
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 H ○年 ○月 ○日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	妊娠期間 ○○週 ○日	出生時身長/体重 ○○cm/○○○○g
妊娠・出産時の異常の有無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 首のすわり 3 か月 <input checked="" type="checkbox"/> 寝返り 5 か月 <input checked="" type="checkbox"/> ひとりすわり 6 か月 <input checked="" type="checkbox"/> はいはい 8 か月 <input checked="" type="checkbox"/> つかまり立ち 9 か月 <input checked="" type="checkbox"/> つたい歩き 11 か月 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり歩き 12 か月				
健診の状況	3か月	<input checked="" type="checkbox"/> 受診あり(<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指導あり[]) <input type="checkbox"/> 受診なし			
	1歳半	<input checked="" type="checkbox"/> 受診あり(<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ヒブ(Hib) <input checked="" type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス <input checked="" type="checkbox"/> 4種混合 <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 幼児食(離乳完了: 1歳 6か月)				
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <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"/> 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 checked="" 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 ありの場合は記入→ 障がいの状態 _____ 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回数 _____ 初回 _____ 歳 か月 最終 _____ 歳 か月 熱:あり _____ 回 ℃/なし _____ 回			
	てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> なし 症状 _____ 服薬 _____ 1日 _____ 回 <input type="checkbox"/> あり 診断時期 _____ 歳 か月・病院名 _____ 予防薬名 _____ _____ 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				
病名等:	病名(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:	_____ 施設・機関名を記入してください。 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;"> 該当部分を詳細に記入してください。 </div>				
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

記入例

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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	そばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	後追いしますか	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	大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 checked="" 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さすとその方向をみますか	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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しますか	<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
	うんちをひとりでしますか	<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

お子さまの記入時点の年齢部分まで、
 回答欄の該当する方にレ点を入れてく
 ださい。

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