

施設(事業)利用申請書補助票

記載例		チバ ミドリ		生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日生																																																	
児童氏名		千葉 みどり																																																					
1 児童の状況について																																																							
児童の状況	保護者が保育	☒ 自宅保育 (☐ 父 ☒ 母) ☐ 職場で保育 (☐ 職場内託児施設 ☐ 職場に同伴している)																																																					
	保護者以外が保育	☐ 親族が保育 (続柄:) (住所:) ☐ 知人・友人が保育 (氏名:) (住所:) ☒ 一時預かり(不定期利用) (施設名: 〇〇〇園) (利用頻度:月 2 回) ☐ 一時預かり(定期利用) (施設名:) (利用頻度:週 回) ☐ 市認定保育ルーム等利用 (施設名:) (利用頻度:週 日 時間/日) ☐ ベビーシッター (利用頻度:週 日 時間/日) ☐ その他 ()																																																					
	集団保育の有無	☒ 無 ☐ 有 (園名:) (入園期間: 年 月から 年 月まで)																																																					
	日中の生活リズム	<table><tr><td>午前</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>午後</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>起</td><td>朝</td><td>遊</td><td>遊</td><td>遊</td><td>遊</td><td>昼</td><td>お</td><td>お</td><td>お</td><td>遊</td><td>遊</td><td>遊</td><td>夕</td><td>入</td><td>就</td></tr><tr><td>床</td><td>食</td><td>び</td><td>び</td><td>び</td><td>び</td><td>食</td><td>昼</td><td>や</td><td>つ</td><td>び</td><td>び</td><td>び</td><td>食</td><td>浴</td><td>寝</td></tr></table>						午前	7	8	9	10	11	午後	12	1	2	3	4	5	6	7	8	起	朝	遊	遊	遊	遊	昼	お	お	お	遊	遊	遊	夕	入	就	床	食	び	び	び	び	食	昼	や	つ	び	び	び	食	浴	寝
	午前	7	8	9	10	11	午後	12	1	2	3	4	5	6	7	8																																							
	起	朝	遊	遊	遊	遊	昼	お	お	お	遊	遊	遊	夕	入	就																																							
	床	食	び	び	び	び	食	昼	や	つ	び	び	び	食	浴	寝																																							
	出産状況	出生時異常: ☒ 無 ☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 強い黄疸 ☐ けいれん ☐ その他 () 出生体重(3,000 グラム)																																																					
	体質	☒ 風邪をひきやすい ☐ ゼイゼイしやすい ☒ 熱がでやすい ☐ 皮膚が弱い ☐ 腹痛や下痢を起こしやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 薬品にかぶれる(薬品名:) ☐ 脱臼しやすい(部位:) アレルギー ☒ 無 ☐ 有 ☐ 食物アレルギーがある(食品・食材名:) ※食物アレルギーがある場合は、内定後に保育所生活管理指導表を提出していただきます。 ☐ アナフィラキシーを起こしたことがある ☐ その他アレルギーがある(具体的な内容:)																																																					
	現在の状況	<table><tr><td>・首がすわったのは (3 か月ごろ)</td><td>・寝返りができたのは (6 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・おすわり (7 か月ごろ)</td><td>・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)</td></tr><tr><td>・歩き始めたのは (か月ごろ)</td><td></td></tr><tr><td>・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・スプーンで食べようとしますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・入れ物の蓋を開け閉めますか ☐ はい ☒ いいえ</td><td>・親と目が合いますか ☒ はい ☐ いいえ</td></tr><tr><td>・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ</td><td>・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ</td></tr><tr><td>・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明</td><td></td></tr><tr><td>・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 話せないが言われることは理解できる</td><td></td></tr></table>						・首がすわったのは (3 か月ごろ)	・寝返りができたのは (6 か月ごろ)	・おすわり (7 か月ごろ)	・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)	・歩き始めたのは (か月ごろ)		・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ	・スプーンで食べようとしますか ☐ はい ☒ いいえ	・入れ物の蓋を開け閉めますか ☐ はい ☒ いいえ	・親と目が合いますか ☒ はい ☐ いいえ	・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ	・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ	・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明		・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 話せないが言われることは理解できる																															
・首がすわったのは (3 か月ごろ)	・寝返りができたのは (6 か月ごろ)																																																						
・おすわり (7 か月ごろ)	・ハイハイができたのは (8 か月ごろ)																																																						
・歩き始めたのは (か月ごろ)																																																							
・転ばないで上手に歩きますか ☐ はい ☒ いいえ	・スプーンで食べようとしますか ☐ はい ☒ いいえ																																																						
・入れ物の蓋を開け閉めますか ☐ はい ☒ いいえ	・親と目が合いますか ☒ はい ☐ いいえ																																																						
・名前を呼ぶと振り向きますか ☒ はい ☐ いいえ	・絵本の知っているものを指さしますか ☐ はい ☒ いいえ																																																						
・目はよく見えていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																							
・耳はよく聞こえていますか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 不明																																																							
・言語は話せますか ☐ 普通に話せる ☐ 二語文が話せる ☐ 話せないが言われることは理解できる																																																							
健康状態 病歴等	健康診査: ☐ 無 ☒ 有 (☒ 4か月児診査 ☐ 1歳半児診査 ☐ 3歳児診査) 指摘事項: ☒ 無 ☐ 有 (内容:) 保健師への相談: ☒ 無 ☐ 有 (内容:) 今までにかかった病気 ・心臓病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・じんぞう病(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (集団検尿異常)手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・その他の重い病気(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (病名:) 手術歴: ☐ 無 ☐ 有 () ・大きなけが(年 月 日):現在も経過観察中ですか ☐ いいえ ☐ はい (傷病名:) 医療的ケアの実施: ☒ 無 ☐ 有 ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 酸素療法 (☐ 酸素カニューレ ☐ 酸素マスク) ☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 気管カニューレ) ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門 ☐ 膀胱瘻 ☐ 導尿 ☐ その他 () ひきつけの経験: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、 ☐ 熱あり ☐ 熱なし(回数: 回)(時期:) 現在内服薬等がありますか: ☒ 無 ☐ 有(薬名:) 心身の発達の相談: ☒ 無 ☐ 有 有の場合、現在も相談継続中ですか ☒ いいえ ☐ はい (機関名:) (相談開始時期: 年 月から)(症状:) 障害者手帳等の取得: ☒ 無 ☐ 有(種類:) (等級:) 障害児(要配慮)保育の希望: ☒ 無 ☐ 有 (※状況を聞き取る面接や診断書等の提出が必要です。)																																																						
その他	宗教上の理由により、食べられない食品はありますか この補助票の記載内容にて、お子さんの発育状況等を確認し、面接の実施可否を判断します。 お子さんの発達状況や個性を踏まえ、安全な保育を提供するため、お子さんについて、ご家庭での様子や集団保育時の様子など、少しでも気にかかることがある場合は、「上記以外で伝えておきたいこと」欄に具体的に記載をお願いいたします。 (記載欄が不足する場合は、余白に記載してください。) 面接の結果、障害児(要配慮)保育の対象となった場合も、対象とならなかった場合も、利用調整の結果、希望先の園に空きがない場合には入園できません。																																																						
上記以外で 伝えておきたいこと																																																							

詳細にご記入ください。
お子さんを園で保育するための大切な基礎資料となります。
記入漏れがある場合は、確認のため区こども家庭課よりご連絡差し上げる可能性があります。

母子手帳を確認しながら記入をお願いします。

心身の発達の相談先機関名
【記載例】
・〇〇区保健福祉センター〇〇課
・児童相談所
・療育センター
・親子教室
・〇〇病院〇〇科 など

障害児(要配慮)保育についてはご案内の「5 申請される際の注意事項」の(5)、(6)をご覧ください。

→裏面へ

子育て支援コンシェルジュ等から、電話による空き保育園・認定こども園等(認可外を含む)の紹介を希望しますか。

☒ 希望する
 ☐ 希望しない