

保育所等入所補助票

※太枠の中のみご記入ください。

児童氏名				生年月日	年 月 日	第 子																										
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 通院や治療あり（ 治療中 / 検査中 / 経過観察中 ）																																
健康状態 病名・症状など： 受診・相談機関：																																
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="236 344 362 551" rowspan="4">健診の 受診状況</td> <td data-bbox="362 344 619 385">健診内容</td> <td colspan="2" data-bbox="619 344 1003 385">受診状況</td> <td colspan="3" data-bbox="1003 344 1527 385" rowspan="4">所見があった場合、記載してください</td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 385 619 423">3-4か月児健診</td> <td data-bbox="619 385 724 423"><input type="checkbox"/> 受診済</td> <td data-bbox="724 385 1003 423"><input type="checkbox"/> 未受診</td> <td colspan="3" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 423 619 461">9-10か月児健診</td> <td data-bbox="619 423 724 461"><input type="checkbox"/> 受診済</td> <td data-bbox="724 423 1003 461"><input type="checkbox"/> 未受診</td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 461 619 499">1歳6か月児健診</td> <td data-bbox="619 461 724 499"><input type="checkbox"/> 受診済</td> <td data-bbox="724 461 1003 499"><input type="checkbox"/> 未受診</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="362 499 619 551">3歳児健診</td> <td data-bbox="619 499 724 551"><input type="checkbox"/> 受診済</td> <td data-bbox="724 499 1003 551"><input type="checkbox"/> 未受診</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							健診の 受診状況	健診内容	受診状況		所見があった場合、記載してください			3-4か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診				9-10か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診	3歳児健診		<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診			
健診の 受診状況	健診内容	受診状況		所見があった場合、記載してください																												
	3-4か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診																													
	9-10か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診																													
	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診																													
3歳児健診		<input type="checkbox"/> 受診済	<input type="checkbox"/> 未受診																													
障がい等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部 ・ 知的発達遅滞等 ） 手帳等がある場合は該当するものに○をつけてください※確認できるものの写しを添付してください。 （ 身体障害者手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 / 療育手帳 / 特別児童扶養手当 / その他 ）																																
アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 検査済 / 検査中 / 未検査 ） アレルギー： 必要な対応：																																
服用中の薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 常用 ） 薬の名前： 服用理由： 必要な対応： 1日 回 （ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）																																
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 治癒 / 治療中 / 治療を受けていない ）																																
その他、園に考慮してほしいこと（必要な場合のみ記入）																																
保育の状況 <input type="checkbox"/> 施設入所（利用施設： ） <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 同伴就労 <input type="checkbox"/> 自宅で家庭保育 <input type="checkbox"/> 自宅以外で家庭保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="68 1196 362 1357" rowspan="3">家族の状況</td> <td colspan="4" data-bbox="362 1196 1003 1236" style="text-align: center;">父方</td> <td colspan="2" data-bbox="1003 1196 1527 1236" style="text-align: center;">母方</td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1236 489 1274">続柄</td> <td data-bbox="489 1236 619 1274">年齢</td> <td colspan="2" data-bbox="619 1236 1003 1274" style="text-align: center;">同居</td> <td data-bbox="1003 1236 1133 1274">年齢</td> <td data-bbox="1133 1236 1527 1274" style="text-align: center;">同居</td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1274 489 1312">祖父</td> <td data-bbox="489 1274 619 1312"></td> <td colspan="2" data-bbox="619 1274 1003 1312"><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）</td> <td colspan="2" data-bbox="1003 1274 1527 1312"><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="362 1312 489 1357">祖母</td> <td data-bbox="489 1312 619 1357"></td> <td colspan="2" data-bbox="619 1312 1003 1357"><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）</td> <td colspan="2" data-bbox="1003 1312 1527 1357"><input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）</td> </tr> </table>							家族の状況	父方				母方		続柄	年齢	同居		年齢	同居	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）		祖母			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）	
家族の状況	父方				母方																											
	続柄	年齢	同居		年齢	同居																										
	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）																											
祖母			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 市・区 町・村 ）																											
同居人の障がい等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（該当者名： 続柄： ） 手帳等がある場合は該当するものに○をつけてください※確認できるものの写しを添付してください。 （ 身体障害者手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 / 療育手帳 / 特別児童扶養手当 / 障害年金 ）																																
特別保育の希望 <input type="checkbox"/> 延長保育 <input type="checkbox"/> 休日（日・祝日）保育（月 回程度）																																
入所できなかった場合 <input type="checkbox"/> 入所を取り下げる <input type="checkbox"/> 空き待ちをする（対応方法に○をつけてください） ・家庭保育（ ）が保育 ・別居家族に預ける（ ）が保育 ・他の施設に預ける（幼稚園等 / 認可外保育所 / 一時預かり） ・育児休暇を延長（ 年 月 日まで） ・その他（ ）																																
納付方法 （保育料・副食費） ※保育料（公立施設・私立保育所）および副食費（公立保育所・公立認定こども園（2号認定））は原則口座振替となります。兄弟が保育所等に在園中の場合は、次のいずれかを選択してください。 <input type="checkbox"/> 兄弟と同じ口座を希望 → 金融機関での手続きは不要です <input type="checkbox"/> 兄弟と違う口座を希望 → 金融機関にて手続きが必要 <input type="checkbox"/> 兄弟が納付書払いなので、弟妹も納付書払いを希望																																
入所要件の確認 <input type="checkbox"/> 保育の認定基準について十分理解し申し込みます。 <input type="checkbox"/> 提出した就労状況、家庭状況などに偽りはありません。 <input type="checkbox"/> にチェック																																
特記事項 <p style="text-align: right;">記録（受付）</p>																																