保育所等入所補助票

※太枠の中のみご記入ください。

記　載　例

児童氏名	奥州　翔平	生年月日	Ｈ３０年５月１０日	第　３　子

児童の状況

健康状態

☐ 健康　　☑ 通院や治療あり（　治療中　/　検査中　/　経過観察中　）

病名・症状など：　難聴（右耳のみ）

受診・相談機関：　○○病院

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	☑受診済　☐未受診	
9-10か月児健診	☑受診済　☐未受診	
1歳6か月児健診	☑受診済　☐未受診	
3歳児健診	☑受診済　☐未受診	

障がい等

☑ なし　　☐ 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

☐ なし　　☑あり（ 検査済 / 検査中 / 未検査 ）

アレルゲン：　牛乳　、　小麦

必要な対応：　普段は完全除去しているので、施設でも同様の対応をお願いします。

服用中の薬

☑ なし　　☐ 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

☑ なし　　☐ 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）

まだ検査中ですが右耳が聴こえづらいので、左側から話しかけていただきたいです。

保育の状況

☐ 施設入所（利用施設：　　）　☐ 一時預かり　☐ 同伴就労　☐ 自宅で家庭保育

☑ 自宅以外で家庭保育　☐ その他（　　）

家族の状況

	続柄	父方 年齢	父方 同居	母方 年齢	母方 同居
祖父母	祖父		☑同居 ☐別居（市・区 町・村）		☐同居 ☑別居（一関 市・区 町・村）
	祖母		☑同居 ☐別居（市・区 町・村）		☐同居 ☑別居（一関 市・区 町・村）

同居人の障がい等

☐ なし　　☐☑あり（該当者名：奥州冬子　　続柄：祖母　　）

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

☑ 延長保育　　☐ 休日（ 日 ・ 祝日 ）保育（ 月　　回程度）

入所できなかった場合

☐ 入所を取り下げる

☑ 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（　R6年 7月 31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。兄姉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。

☐ 兄姉と同じ口座を希望　→　金融機関での手続きは**不要**です

☐ 兄姉と違う口座を希望　→　金融機関にて手続きが**必要**です

☐ 兄姉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
☐にチェック

☑ **保育の認定基準について十分理解し申し込みます。**

☑ **提出した就労状況、家庭状況などに偽りはありません。**

特記事項

記録（受付）