

保育所等入所補助票（表面）

奥州市長あて

ふりがな
保護者氏名

ふりがな 児童氏名	生年月日	R 年 月 日	第 子		
児童の 状況	内容	状況	所見があった場合は詳細を記入してください		
	健診の 受診状況	3-4か月児健診 9-10か月児健診 1歳6か月児健診 3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診		
	予防接種 の状況	種類	状況	種類	状況
		ヒブ(インフルエンザB型)	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種
		小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種	BCG	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種
		五種、四種または三種混合	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種	水痘	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種
		麻疹・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種
		ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 接種済(回目) <input type="checkbox"/> 未接種	その他	
	健康状態	<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) 病名・症状など : 受診・相談機関 :			
	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) 障害者手帳等を所有等している場合は以下も記入してください 身体手帳 ・ 精神手帳 ・ 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) ※園で除去食希望の場合は原則として医師の指示書が必要 アレルゲン : 必要な対応 :				
服用中の薬 (園でも服用が 必要なもの)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (服薬の頻度 : 回/日 、 時間帯 : 朝 ・ 昼 ・ 夕) 薬の名前 : 服用理由 :				
けいれん(ひき つけ)の既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (治癒 ・ 治療中 ・ 治療を受けていない) 時期 : 歳 か月頃から 、 体温 : . 度 、 回数 : 回				
そのほかに必要な配慮等 (必要な場合のみ記入)					
保護者の 状況	氏名	父	母		
	保育を必要とする事由 (勤務時間について、変則 就労の場合は、主な時間)	<input type="checkbox"/> 就労(勤務先 :) (勤務時間 : 時 分 ~ 時 分)	<input type="checkbox"/> 就労(勤務先 :) (勤務時間 : 時 分 ~ 時 分)		
	電話番号				
		<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 求職活動		
家族の 状況	祖父母	父 方	母 方		
		続柄	年齢	同居・別居の別	
		祖父		<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)	
同居人の 障がい等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当者名 : 続柄 :) 障害者手帳等を所有等している場合は以下も記入してください 身体手帳 ・ 精神手帳 ・ 療育手帳 ・ 特別児童扶養手当 ・ その他				
利用 希望	利用したい曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ※日曜日・祝日は休日保育扱いとなります			
	利用したい時間	時 分 ~ 時 分			
	特別保育 の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (休日保育 ・ 延長保育) ※休日保育は特定の園のみで実施(「しおり」20~21ページ参照) 休日保育を希望する場合は記入してください 時間 : 時 分 ~ 時 分 、 回数 : 回/月			

