

保育所等入所補助票（表面）

記入例（オモテ）

奥州市長あて

ふりがな 保護者氏名		おうしゅう いちろう 奥州 市郎					
ふりがな 児童氏名		おうしゅう しょうへい 奥州 翔平		(男・女)	児童 生年月日	R 4 年 5 月 10 日	第 3 子
児童の 状況	健診の 受診状況	内容	状況		所見があった場合は詳細を記入してください		
		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			
	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)	☒ 接種済(4 回目)	☐ 未接種	日本脳炎	☒ 接種済(1 回目)	☐ 未接種
		小児肺炎球菌	☒ 接種済(4 回目)	☐ 未接種	B C G	☒ 接種済	☐ 未接種
		五種、四種または三種混合	☒ 接種済(4 回目)	☐ 未接種	水痘	☒ 接種済(2 回目)	☐ 未接種
		麻疹・風しん(MR)	☒ 接種済(1 回目)	☐ 未接種	B型肝炎	☒ 接種済(3 回目)	☐ 未接種
ロタウイルス		☒ 接種済(2 回目)	☐ 未接種	その他	おたふくかぜ(1回)		
健康状態	☐ 健康 ☒ 通院や治療あり (治療中 ・ 検査中 ・ 経過観察中)						
障がい等	病名・症状など : ★★病						
	受診・相談機関 : ●●病院						
	☒ なし ☐ あり (視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部 ・ 知的発達遅滞等)						
アレルギー (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)	☐ なし ☒ あり (検査済 ・ 検査中) ☐ まだ分からない						
服用中の薬 (園でも服用が 必要なもの)	アレルギー : 牛乳、小麦						
	除去食対応 : 必要 ・ 不要 (不要の理由 :)						
服用中の薬 (園でも服用が 必要なもの)	☒ なし ☐ 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	☒ なし ☐ あり (治癒 ・ 治療中 ・ 治療を受けていない)						
園に対して求める配慮や 集団生活上の不安など (何もない場合は空欄)		時期 : ____歳 ____か月頃から 、 体温 : ____度 、 回数 : ____回				発達に不安がある場合等も こちらにご記入ください	
保護者の 状況	父		母				
	氏名		奥州 市郎		奥州 花子		
	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)		☒ 就労(勤務先 : (株)△△商事) (勤務時間 : 7 時 30 分 ~ 18 時 00 分)		☒ 就労(勤務先 : ○○銀行××支店) (勤務時間 : 9 時 00 分 ~ 17 時 30 分)		
	☐ 疾病・障がい ☐ 求職活動		☐ 疾病・障がい ☐ 求職活動				
	☐ その他 (内容 :)		☐ その他 (内容 :)				
電話番号		090-XXXX-XXXX		080-XXXX-XXXX			
家族の 状況	父 方		母 方				
	祖父母	続柄	年齢	同居・別居の別	年齢	同居・別居の別	
		祖父	65	☒ 同居 ☐ 別居 (奥州 (市・区・村))	64	☐ 同居 ☒ 別居 (一関 (市・区・村))	
		祖母	63	☒ 同居 ☐ 別居 (奥州 (市・区・村))	63	☐ 同居 ☒ 別居 (一関 (市・区・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)					
障害者手帳等を所有等している場合は以下も記入		身体手帳 ・ 精神手帳 ・ 療育手帳					
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」の扱いとなります					
	利用したい時間	7 時 00 分 ~ 18 時 00 分					
	特別保育 の希望	☒ なし ☐ 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					

記入例（ウラ）

育休延長の日付について、未定の場合は空欄で大丈夫です

特記事項	
------	--