

家庭状況届出書

1 利用を希望する児童の家庭状況(児童を含む同居している全員を記入してください。別住所に暮らす保護者、きょうだいがいる場合も、あわせて記入してください。)

世帯員		生年月日	年齢	職業・学校名・通園施設名	1月1日時点の住所地	
			(入所希望月時点)			
保護者1		/	/	/	令和4年	区市町村
					令和5年	区市町村
					令和6年	区市町村
保護者2		/	/	/	令和4年	区市町村
					令和5年	区市町村
					令和6年	区市町村
氏名		年 月 日	歳		/	
氏名		年 月 日	歳		/	
氏名		年 月 日	歳		/	
氏名		年 月 日	歳		/	
氏名		年 月 日	歳		/	

下記については、該当する場合のみご記入ください。申請の際に※に掲げた書類を提出してください。

生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 受給している (年 月 から) ※生活保護受給証明書
ひとり親世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他 () ※戸籍謄本やマル親医療証、児童扶養手当証書のコピーなど
手帳の所持状況	<input type="checkbox"/> 上記1の世帯員の中に手帳を所持している者がいる ※手帳等のコピー (所持者名:)

2 保育の必要性について(保育が必要な事由) 保育利用の手引きP18・19を参照し、申請の際に※に掲げた要件書類を提出してください。

保育の 必要性	保護者1	<input type="checkbox"/> 就労 ※就労証明書(自営の方は、開業届などの自営業の根拠書類も必要)
		<input type="checkbox"/> 就労内定 ※就労証明書
		<input type="checkbox"/> 出産 ※母子手帳のコピー(出産予定日がわかるページ)
		<input type="checkbox"/> 傷病 ※診断書
		<input type="checkbox"/> 心身障がい ※身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳等のコピー
		<input type="checkbox"/> 看護・介護 ※手帳等のコピー+タイムスケジュール表
		<input type="checkbox"/> 就学等 ※学生証のコピー又は在学証明書+カリキュラムのコピー等
		<input type="checkbox"/> 求職 ※求職活動申告書
	保護者2	<input type="checkbox"/> 就労 ※就労証明書(自営の方は、開業届などの自営業の根拠書類も必要)
		<input type="checkbox"/> 就労内定 ※就労証明書
		<input type="checkbox"/> 出産 ※母子手帳のコピー(出産予定日がわかるページ)
		<input type="checkbox"/> 傷病 ※診断書
		<input type="checkbox"/> 心身障がい ※身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳等のコピー
		<input type="checkbox"/> 看護・介護 ※手帳等のコピー+タイムスケジュール表
<input type="checkbox"/> 就学等 ※学生証のコピー又は在学証明書+カリキュラムのコピー等		
<input type="checkbox"/> 求職 ※求職活動申告書		

別途、母子手帳のコピー（直近に受けた健康診査のページのみ。A4サイズ）をご提出ください。

申込児童の健康状況等について

お子さんの状況によっては、区指定の「発達のようす」、または医師記載の「意見書(診断書)」を提出していただくことがあります。

◆該当するものに☑及び○印をお願いします。

児童	① 生年月日 年 月 日				② 生年月日 年 月 日			
	氏名		氏名		氏名		氏名	
発達の様子	出生体重	g	妊娠期間	週	出生体重	g	妊娠期間	週
	首のすわり(か月)・未		寝返り(か月)・未		首のすわり(か月)・未		寝返り(か月)・未	
	お座り(か月)・未		はいはい(か月)・未		お座り(か月)・未		はいはい(か月)・未	
	つかまり立ち(か月)・未		歩き始め(か月)・未		つかまり立ち(か月)・未		歩き始め(か月)・未	
	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ(か月)・未				「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ(か月)・未			
	呼ばれると振り向きますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		呼ばれると振り向きますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
視線が合いますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		視線が合いますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
病歴等	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明
	喘息	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		喘息	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	熱性けいれん(ひきつけ) 「ある」場合は※印記入	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	※最後 年 月 日 ※これまでに 回	熱性けいれん(ひきつけ) 「ある」場合は※印記入	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	※最後 年 月 日 ※これまでに 回
	治療中・経過観察中の病気 病名()	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		治療中・経過観察中の病気 病名()	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明			食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に○ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明			
卵・乳・小麦・大豆・そば・その他()				卵・乳・小麦・大豆・そば・その他()				
常用薬の使用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない			常用薬の使用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない			
薬名()				薬名()				
健康診査	3～4か月健診	健康・指摘あり・未受診		3～4か月健診	健康・指摘あり・未受診			
	6～7か月健診	健康・指摘あり・未受診		6～7か月健診	健康・指摘あり・未受診			
	9～10か月健診	健康・指摘あり・未受診		9～10か月健診	健康・指摘あり・未受診			
	1歳6か月健診	健康・指摘あり・未受診		1歳6か月健診	健康・指摘あり・未受診			
	3歳児健診	健康・指摘あり・未受診		3歳児健診	健康・指摘あり・未受診			
	相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ				相談内容や担当者から言われたこと等があれば下記へ			
ことばや発達について相談している病院・施設は? <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等() <input type="checkbox"/> ない				ことばや発達について相談している病院・施設は? <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等() <input type="checkbox"/> ない				
病院・施設名:子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・教育支援センター・子ども発達支援センター・その他()				病院・施設名:子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・教育支援センター・子ども発達支援センター・その他()				
身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。		<input type="checkbox"/> ある(級・度) <input type="checkbox"/> ない		身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。		<input type="checkbox"/> ある(級・度) <input type="checkbox"/> ない		
▼保育園入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。				▼保育園入園にあたり、健康上または身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。				
▼2歳から5歳までのお子さんについてお答えください。				▼2歳から5歳までのお子さんについてお答えください。				
新しい環境・傾向に物おじをする		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		新しい環境・傾向に物おじをする		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
大声・喚き声をあげることがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大声・喚き声をあげることがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
一か所にじっとしてられないことがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		一か所にじっとしてられないことがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
二語文が話せない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		二語文が話せない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
大人のまねをしない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		大人のまねをしない		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
他の子どもと問題なく遊べる		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		他の子どもと問題なく遊べる		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		