

保育施設(新規) 入園(所) 申込補助票

該当の□にレをつけてください。

| | | | | | | |
|------------------|---|---|-----|-----|----------------------|----|
| 児童氏名 | (年 月 日生 歳) | | | | | |
| 児童状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で見ている 保護者氏名 _____ 児童との続柄 _____ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 個人、他の施設の預けている 名称または、氏名、続柄 _____ 年 月 日から | | | | | |
| 児童健康状況 | ○保育所入所にあたり健康上あるいは発育上、気になることがありましたら、記入してください。 _____ _____ _____ | | | | | |
| | ○乳幼児健診受診状況 ・3ヶ月健診 (受診・未受診) ・1歳6ヶ月健診 (受診・未受診) ・3歳児健診 (受診・未受診) ○アレルギー体質 (ない ・ ある) (受診 ・ 未受診) 症状・除去食等 _____ _____ _____ | | | | | |
| 世帯状況等 | ひとり親世帯 | ひとり親世帯である <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (理由: <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 _____ 年 月 日 (頃) から 調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | | | |
| | 出産等 | ※出産の予定がありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定日 年 月 日 ・ 母子手帳: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※出産後の育児休業予定→ <input type="checkbox"/> 有 (期間 年 月 日ごろまで) <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | 送迎の予定 | 送り <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 () 迎え <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 祖父母状況 | 氏名/生年月日 (歳) | | 傷病 | 就労 | 申し込み児童と同居・別居・住所・電話番号 | |
| | 父 | 祖父 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 住所 |
| | | M・T・S 年 月 日 (歳) | | | | 電話 |
| | 方 | 祖母 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 住所 |
| | | M・T・S 年 月 日 (歳) | | | | 電話 |
| | 母 | 祖父 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 住所 |
| | | M・T・S 年 月 日 (歳) | | | | 電話 |
| | 方 | 祖母 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 住所 |
| M・T・S 年 月 日 (歳) | | 電話 | | | | |