

児童の状況及び確認シート

・同時に申込みきょうだいについて全員分記入して下さい。

入所希望児童①	氏名					(年 月 日生)
入所希望児童②	氏名					(年 月 日生)
児童との続柄		父			母	
氏名						
不在の場合は記入して下さい		理由 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 その他 ()			理由 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 その他 ()	
		氏名	年齢	健康状態 (病名等)	職業等	不存在
祖父母の状況	父方	祖父		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/>
		祖母		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/>
		住所	<input type="checkbox"/> 児童と同じ <input type="checkbox"/> 児童と異なる 住所 ()			
	母方	祖父		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/>
		祖母		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/>
		住所	<input type="checkbox"/> 児童と同じ <input type="checkbox"/> 児童と異なる 住所 ()			
在宅障がい児(者)の状況	入所希望児童及び児童の両親又はきょうだいが下記のいずれかに該当する ①身体障害者手帳所持②療育手帳所持③精神障害者保健福祉手帳所持 ④特別児童扶養手当の支給対象児⑤国民年金の障害基礎年金等の受給者				<input type="checkbox"/> 該当する 氏名： 内容：	
入所希望児童①	児童の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等を利用中 施設名 () <input type="checkbox"/> 家庭で保育している 保育者 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他親族等 () <input type="checkbox"/> 勤務先にて保育している 託児所 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	児童の健康状態	・出生時の体重 () g ・出産週数 () 週 ・4か月健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：) ・10か月健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：) ・1歳半健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：) ・3歳児健診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：) ・心身/言語/運動の発達等に気になることはありませんか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (心身・言語・運動) 状況 () ・現在、長期にわたり通院治療している病気等はありませんか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃～) 病名 () 医療機関名 () ・普段の食事について ①【0歳児のみ】 <input type="checkbox"/> 離乳食(回食) <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 ②食べたことのないものや好き嫌いはありますか () ・食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 食品名 () ・その他のアレルギー疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎等) はありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状 () ・けいれんやひきつけを起こしたことはありませんか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 発熱：無・有) 症状 () ・身体障害者手帳を所持していますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名： 等級： 級) ・療育手帳を所持していますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害の程度：)				

裏面に続く

児童の状況及び確認シート

入 所 希 望 児 童 ②	児童の 保育状況	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等を利用中 施設名 () <input type="checkbox"/> 家庭で保育している 保育者 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他親族等 () <input type="checkbox"/> 勤務先にて保育している 託児所 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	児童の 健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出生時の体重 () g ・ 出産週数 () 週 ・ 4か月健診 <input type="checkbox"/>未受診 <input type="checkbox"/>受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 内容: () ・ 10か月健診 <input type="checkbox"/>未受診 <input type="checkbox"/>受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 内容: () ・ 1歳半健診 <input type="checkbox"/>未受診 <input type="checkbox"/>受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 内容: () ・ 3歳児健診 <input type="checkbox"/>未受診 <input type="checkbox"/>受診 (指摘事項 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 内容: () ・ 心身/言語/運動の発達等に気になるところはありますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (心身・言語・運動) 状況 () ・ 現在、長期にわたり通院治療している病気等がありますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (年 月頃～) 病名 () 医療機関名 () ・ 普段の食事について ①【0歳児のみ】 <input type="checkbox"/>離乳食(回食) <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク <input type="checkbox"/>混合 ②食べたことのないものや好き嫌いがありますか () ・ 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (アナフィラキシー <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) 食品名 () ・ その他のアレルギー疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎等) がありますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 症状 () ・ けいれんやひきつけを起こしたことはありますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (年 月頃 発熱: 無・有) 症状 () ・ 身体障害者手帳を所持していますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (障害名: 等級: 級) ・ 療育手帳を所持していますか <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (障害の程度:)

各項目をご確認いただき、回答欄に○印をつけてください。		回答欄	
保 育 所 ・ 認 定 こ ど も 園 入 所 申 込 確 認 欄	1	特定教育・保育施設等入所(園)申込書は、「記入上の注意」をお読みいただいたうえで、事項すべてにご記入いただきましたか。	はい
	2	「入所を希望する施設」は、場所や開園時間、土曜保育の実施時間等をご確認いただき、通える範囲の施設を記入していただいておりますか。	はい
	3	入所を希望する施設は全て記入していただいておりますか。記入のない施設については利用調整を行いませんので、空きがあっても入所することができません。	わかりました 説明が必要
	4	上記の「祖父母の状況」について祖父母の住所が「児童と同じ」である場合、「特定教育・保育施設等入所(園)申込書」の①「家族の状況」に記載が必要です。また別紙の「同意書」にて同意を得ることが必要です。	わかりました 説明が必要
	5	「妊娠・出産」の給付認定で新規の入所申込を行う場合、原則的に認定期間終了時点で退所となります。(「育児休業中の保育所継続利用」の認定を受けることはできません。)	わかりました 説明が必要
	6	【転園希望の方のみ】転園が決定した時点で、現在通っている施設には別の児童の入所が決定します。どのような理由があっても入所をとりやめ、元の施設に通うことはできません。	わかりました 説明が必要
	7	【未転入の方のみ】入所決定および給付認定には、入所月の前月末までに、保護者が伊勢市に転入することが必須です。転入手続きが済みしだい、保育課にご連絡ください。	はい 転入予定: 月 日頃
	8	【在園(卒園)児がいる方のみ】在園児(卒園児)の保育料を滞納していませんか。滞納がある場合は納付相談をします。保育課保育係(私立認定こども園の場合は直接施設)にご相談ください。	滞納 有 滞納 無
	9	申込み後、給付認定要件にかかわる就労状況や家庭状況、世帯の状況などに変更があった場合は、至急ご連絡ください。入所決定後や入所後であっても、保育の必要性がなくなった場合は給付認定を取り消します。	わかりました 説明が必要