

児童の状況

・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)
入所希望児童③	氏名					(年 月 日生)
児童との続柄		父			母	
氏名						
不存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 () 退園予定日 () <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 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	児童の健康状態	・出生時の体重 () g ・出産週数 () 週 ・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：) ・心身の発達、言語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) 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 () ・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：)				

裏面に続く

児童の状況

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 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	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 ・ 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:) ・ 心身の発達、言語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) 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 () ・ 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:)
入 所 希 望 児 童 ③	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 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	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 ・ 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:) ・ 心身の発達、言語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) 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 () ・ 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:)