

申 告 書

児童名		第1希望施設名	
申 込 児 童 の 状 況	<p>●保育の状態（該当するものに○印をつけて下さい。）</p> <p>(1) 職場につれていく。 託児室 イ あり ロ なし</p> <p>(2) 自宅で保育している。 【 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ () 】</p> <p>(3) 保育所等に預けている。 保育施設名 _____ いつから _____ 年 月 日から</p> <p>(4) 個人に預けている。 【 祖父 ・ 祖母 ・ () 】</p> <p>(5) その他 ()</p>		
	●健康状態及び身体並びに精神の発達状況・気になること等		
	健 康	<p>(1) 市町村の健診は受けましたか 3～4ヵ月健診（ 済 ・ 未 ） 10ヵ月健診（ 済 ・ 未 ） 1歳6ヵ月健診（ 済 ・ 未 ） 3歳(半)健診（ 済 ・ 未 ）</p> <p>(2) 健診時に指摘されたことが何かありますか (ある ・ ない)</p> <p>・【「ある」の方】いつの健診時に指摘されましたか _____ 健診</p> <p>・どのような内容ですか _____</p> <p>(3) 病気や発達の面で、専門機関に相談されたことはありますか (ある ・ ない)</p> <p>・【「ある」の方】相談機関名 病院・施設名 _____ 病名や症状・障がい名 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">*診断書や各種手帳をお持ちの場合は添付してください。</p> <p>(4) 定期的に通われている場所がありますか 例) 病院・養育支援サービス・保健センター、リハビリ等 _____</p> <p>(5) どのような目的で通われていますか _____</p>	
予 防 接 種	<p>(1) 予防接種は受けましたか？該当する箇所すべてに○をつけて下さい。</p> <p>BCG 【 ある ・ なし 】</p> <p>麻疹風しん混合（MR）【 1期 ・ 2期 】</p> <p>四種混合（DPT-IPV）【 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 】</p> <p>日本脳炎 【 1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ）・1期追加 】</p> <p>ヒブ(インフルエンザ b型) 【 初回（ 1回目・2回目・3回目）・追加 】</p> <p>小児用肺炎球菌 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】</p> <p>水痘（みずぼうそう） 【 1回目 ・ 2回目 】</p> <p>B型肝炎 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】</p> <p>その他 【 】</p>		

申 込 児 童 の 状 況	排せつ	1 一人でできる	2 介助が必要	3 一人でできない(おむつ使用)
	言語	1 普通	2 ややおそい	3 おそい
	アレルギー	(1) 1 あり :卵(黄・白)・乳・小麦・大豆・その他() 2 なし (2) 食物アレルギー検査受診の有無 (なし ・ あり) ・【「あり」の方】検査結果 有 ・ 無 (3) 今までにアナフィラキシーを発症したことがありますか (あり ・ なし)		
	その他	(例) 障がい、病気、事故の後遺症、医師に注意されていること、情緒の発達等不安に思うこと		
母 の 就 労 状 況	○ 学齢前の兄弟 無 ・ 有 (人) 保育所・幼稚園への入所について 有 (保育所・幼稚園名) 無 (現 況)			
	●就労形態 (該当するものに○印をつけて下さい。) (イ) 正社員 (ロ) パートタイム (ハ) 内職 (ニ) 自営 (専従・協力者) (ホ) その他() 勤務日数 1週 日間 1ヵ月 日間 勤務・内職時間 午前 時 分～午後 時 分 勤務先状況 住 所 名 称 TEL 仕事の内容を具体的に記入して下さい。(勤務証明書添付) 施設に入れば就労する場合の勤務予定先 勤務予定先 住 所 名 称 TEL			

保 護 者 の 疾 病 等	①保護者病気の 場合	父 ・ 母 ・ () 傷病名 _____ 治療状況 <input type="checkbox"/> 通院 週(月) 回 <input type="checkbox"/> 入院 年 月～
	②母親の出産	出産予定日 年 月 日 育児休業(有・無) 年 月 日迄
	③保護者の障がい	父 ・ 母 ・ () 障がいの程度 _____

介 家 族 の 介 護 等	○ 誰を介（看）護していますか。 ○ 介（看）護の状況を具体的に記入して下さい。	氏名 _____ (才) 続柄 _____ _____
父 親 の 就 労 状 況	勤務先 _____ 所在地 _____ TEL _____ () _____ 勤務時間 午前・後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前・後 _____ 時 _____ 分 職種 _____ 自営の場合 使用人 _____ 名	
父 母 の い な い 場 合	該当する場合は□にチェックをし、死亡・離婚など状況を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 父不存在 (死亡 ・ 離婚 ・ 未婚 ・ その他 ()) <input type="checkbox"/> 母不存在 (死亡 ・ 離婚 ・ 未婚 ・ その他 ())	
施設に入った場合（該当するものに○印をつけて下さい。） 児童の送迎は ①母親 ②父親 ③その他 () 送迎時間 片道 _____ 分位 ①自動車 ②バス ③徒歩 ④その他 ()		

下記について記入してください。住所は該当に○をつけ別居は住所を記入してください。

		児童との続柄	氏名	住所	年齢	職業	備考
祖 父 母 の 状 況	父 方	祖父		同居 別居 ()			他界 不明
		祖母		同居 別居 ()			他界 不明
	母 方	祖父		同居 別居 ()			他界 不明
		祖母		同居 別居 ()			他界 不明

* 祖父母が同居かつ65歳未満の場合は、裏面家庭状況調査書に記入してください。

以上のとおり申告します。

保育料の算定資料として、羽生市が世帯全員の住民基本台帳、市民税課税台帳等を閲覧することに同意します。

年 月 日

住 所 羽生市

氏 名

* 祖父母が同居かつ65歳未満の場合は以下記入してください。

家庭状況調査書

児童名 _____

◎祖父氏名 _____

* 以下該当状況に○をつけ、記入をお願いします。

- ・ 就労状況 就労形態 (1) 常勤 (2) 自営業 (3) 臨時
(4) 内職 (5) パートタイム
職種 _____
勤務先 住 所 _____
名 称 _____
電話番号 _____
勤務時間 _____時____分 ~ _____時____分
勤務日数 月平均____日 月収 約_____円
- ・ 疾病等 傷病名 _____
治療状況 通院 月・週 ____回 医療機関名 _____
入院 _____年____月 ~ _____年____月
- ・ 病人の介護 誰を介護していますか
氏名 _____ (____歳) 続柄 _____
状況 (具体的に記入して下さい)
- ・ その他

◎祖母氏名 _____

* 以下該当状況に○をつけ、記入をお願いします。

- ・ 就労状況 就労形態 (1) 常勤 (2) 自営業 (3) 臨時
(4) 内職 (5) パートタイム
職種 _____
勤務先 住 所 _____
名 称 _____
電話番号 _____
勤務時間 _____時____分 ~ _____時____分
勤務日数 月平均____日 月収 約_____円
- ・ 疾病等 傷病名 _____
治療状況 通院 月・週 ____回 医療機関名 _____
入院 _____年____月 ~ _____年____月
- ・ 病人の介護 誰を介護していますか
氏名 _____ (____歳) 続柄 _____
状況 (具体的に記入して下さい)
- ・ その他