保育所等入所申込補助票

1．現在、児童はどうしていますか？　該当するものに〇をして、記入してください。

ア	家で見ている→父・母・その他（　　） / 勤務先に連れて行く / 祖父母宅に預けている
イ	**保育所等**に預けている。保育所(園)・認定こども園(2・3号認定)・家庭的保育施設・小規模保育施設・事業所内保育施設 名　称：（　　）保育期間：（　　年　　月～　　年　　月）
ウ	**幼稚園等**に預けている。幼稚園・認定こども園(1号認定)・国立大学附属幼稚園・特別支援学校幼稚部 名　称：（　　）保育期間：（　　年　　月～　　年　　月）
エ	**認可外保育施設等**に預けている。保育所(園)・企業主導型保育施設・託児所・ベビーホテル・院内保育・病児保育事業 一時預かり事業・ファミリーサポートセンター事業等 名　称：（　　）　　月（　　）回程度利用

※幼稚園の預かり保育や認可外保育施設、市外の保育所等を利用されている方は、利用を証明する書類の提出により、入所選考において加点対象となる場合があります。詳しくは、別紙「宇治市保育所等入所選考基準」をご覧ください。

2．生活保護の状況

生活保護を a.　受給している（受給開始年月:　　年　　月）　　b.　受給していない

3．送迎について

送迎者	朝	・母親　・父親　・祖父　・祖母　・その他（　　）
	夕	・母親　・父親　・祖父　・祖母　・その他（　　）
	緊急	・母親　・父親　・祖父　・祖母　・その他（　　）

4．兄弟同時申込について（2人以上の子どもを同時に申し込む場合のみ記入してください）

・施設について：	a. 同一施設に入所できるまで待つ	b. 別の施設でもやむを得ない
・入所時期について：	a. 同時入所を希望する	b. 入所できる児童から入所を希望する

5．祖父母について

		氏　名	住 所
父方	祖父		
	祖母		
母方	祖父		
	祖母		

6．在宅障害児（者）について

・保育所等入所申込書に記入された同居親族のうち、障害をお持ちの方が　□いる　　□いない

・「いる」に☑された方のみ記入してください。

氏名		
障害の等級など 該当するものに☑、 等級を記入してください	□ 身体障害者手帳（　　）級 □ 療育手帳（　　） □ 精神障害者保健福祉手帳（　　）級 □ 特別児童扶養手当受給 □ 障害基礎年金受給	□ 身体障害者手帳（　　）級 □ 療育手帳（　　） □ 精神障害者保健福祉手帳（　　）級 □ 特別児童扶養手当受給 □ 障害基礎年金受給

※各種手帳・受給者証等の写しを提出していただく必要があります。

7．育児休業中の申し込みについて（該当する方のみ記入してください）

育児休業の延長について
□ 育児休業を延長せず、入所希望月の復職を希望します。 □ 育児休業を延長することが可能であり、選考において調整点数の加点及び同一点数となった場合の優先順位の適用を希望しません。※ただし、申込状況によっては保育所等に入所できる場合があります。
入所保留となった場合の選考継続について
□ 継続する(翌月以降も選考を行います)　　□ 継続しない(翌月以降は選考を行いません)

※入所を辞退した場合、申込自体を取り下げるため、結果通知は発行されません。
※上記内容に変更があった場合、すみやかに保育支援課に申し出てください。

【市記入欄】

確認

児童健康状況票

お子さんの健康状態についてご記入ください。
こちらは、適切な保育を実施するためのものです。

申込児童名

1．現在、長期にわたり、通院治療または療育等を受けていますか？

該当する項目に☑を記入し、「有」の場合は施設名を記入してください。

（1） 通院治療　□ 無　□ 有（ 施設名： ）

（2） 療育等　□ 無　□ 有（ 施設名： ）

2．健康診査状況について

（1）受けられた健康診査に☑を記入してください。

□ 3か月児　□ 10か月児　□ 1歳8か月児　□ 3歳児　□ その他（ ）

（2）健康診査を受診された際に、指摘されたことがありましたか？

該当する項目に☑を記入してください。

□ はい

●身長や体重に関すること（ □ 3か月児 □ 10か月児 □ 1歳8か月児 □ 3歳児 ）
→具体的に（ ）
●身体面、運動に関すること（ □ 3か月児 □ 10か月児 □ 1歳8か月児 □ 3歳児 ）
→具体的に（ ）
●言葉に関すること（ □ 3か月児 □ 10か月児 □ 1歳8か月児 □ 3歳児 ）
→具体的に（ ）
●行動(落ち着きなど)に関すること（ □ 10か月児 □ 1歳8か月児 □ 3歳児 ）
→具体的に（ ）
●対人関係(マイペースなど)に関すること（ □ 10か月児 □ 1歳8か月児 □ 3歳児 ）
→具体的に（ ）

□ いいえ →（4）へ

（3） 上記の健康診査以降の状況について、該当する項目に☑を記入してください。

□ 発達相談を受け、今も継続して相談を受けている。（次回予定： 年 月頃）
□ 発達相談を受けたが、今は改善し特に問題はなく、発達相談も終了している。
□ 経過健診の対象となり、様子を見ることになっている。
□ 次の健診で様子を見ることになっている。
→具体的な相談内容や経過健診の内容を教えてください。

□ 特に何もしていない。

（4） アレルギー　□ 無　□ 有（ ）

（5） 今、お子さんのことで、何か気になることや、心配なことがあれば、お書きください。

（6） 以下に該当する場合は、☑を記入し、かっこ内の該当事項を選択・記入してください。

身体障害者手帳　□ 受けている（1・2・3・4級）　□ 申請中（ 月 日）
療育手帳　□ 受けている（A・B）　□ 申請中（ 月 日）
特別児童扶養手当　□ 受けている（1・2級）　□ 申請中（ 月 日）