

家庭状況票

③

児童氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

・保護者の電話番号を記入していただき、市からの問い合わせの電話に対応可能な電話番号にチェックを入れてください。

父携帯 (_____) 母携帯 (_____)

・8:30-17:00のうち、連絡がつながりやすい時間帯があれば記入 (_____)

・外国籍の方のための日本語がわかる方の緊急連絡先 (_____)

↳ この方との関係性 (職場の同僚・友人・その他(_____))

1. 現在の保育の状況 (複数チェック可。)

<input type="checkbox"/>	(1) 産休・育休を取得している保護者が保育をしている。	(復職予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) ・入所が決定した場合、入所月内に復職をしていただく必要があります。 ・慣らし保育の期間を考慮し、復職予定日を会社と調整してください。
		(当初の育児休業期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日) (延長後の育児休業期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
<input type="checkbox"/>	(2) (父親・母親)が家庭で保育を行っている。(保育を行っている保護者の状況: _____)	
<input type="checkbox"/>	(3) (父親・母親)が家庭外で児童を伴い、就労している。	
<input type="checkbox"/>	(4) (祖父・祖母・親族・知人)が(有償・無償)で保育をしている。	
<input type="checkbox"/>	(5) (保育所・幼稚園・認可外保育室・職場内保育室・その他有償保育)に預けている。	
	※利用施設名 (_____)	
<input type="checkbox"/>	利用開始 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ※既に施設を利用している場合、在室証明書をご提出ください。	
	利用時間 (_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分) (市内の保育所、駅前保育園、小規模保育等を利用の方は在室証明書は不要)	
	退園予定日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ※退園予定がある方のみ記入。退園日が確定している場合は退園届をご提出ください。	
<input type="checkbox"/>	(6) その他 (_____)	

2. 児童の健康状況 (1)~(9)までは記入必須

<p>(1) 現在治療中又は経過観察中の傷病の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 病名 _____</p> <p>通院 _____ 年 _____ 月 _____ 日から</p> <p>入院期間 _____ . _____ . ~ _____ . _____ .</p> <p>手術予定 _____</p> <p>(2) 出生体重 _____ g</p> <p>2,500g未満の場合、何か医師から言われたことはありましたか _____</p> <p>(3) 受けた健康診査に○を付けてください。</p> <p>4ヶ月・10ヶ月・1歳6ヶ月・3歳児・未受診</p> <p>その時に何か相談したこと、担当者から言われたことはありましたか _____</p> <p>(4) 常用薬の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 ⇒薬の名称 (_____)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(5) 【同意書】</p> <p>健康診査結果等の児童の個人情報について、市が情報収集及び利用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>保護者署名 [_____]</p>	<p>(6) 障害者手帳または療育手帳の保有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>手帳の種別及び等級 (_____)</p> <p>(7) 療育施設の利用</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 _____ 年 _____ 月 _____ 日から利用</p> <p>施設名:(_____)</p> <p>(8) 病気、言葉、その他発達について相談している病院や施設、ケアマネージャーはありますか。(保健センターの相談事業含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 相談内容:(_____)</p> <p>病院・施設名:(_____)</p> <p>担当ケアマネージャー:(_____)</p> <p>(9) アレルギーについて</p> <p><input type="checkbox"/> 無 ※離乳食の食べ始め(_____ ヶ月)</p> <p><input type="checkbox"/> 未摂取のため不明</p> <p><input type="checkbox"/> 有 医師の診断: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>症状: _____</p> <p>制限する食品・必要な配慮(宗教食も含む)</p> <p>(_____)</p> <p>※食物アレルギー・宗教食の対応は施設によって異なりますので事前に施設にご確認ください。</p> <p>(10) その他、入所にあたり健康上又は発達上、気になることや心配なことがございましたらご記入ください。</p> <p>(_____)</p>
---	---

3. 保育施設利用ができなかった場合の児童保育状況（該当する項目のみご記入ください。複数チェック可。）

<input type="checkbox"/> (1) (父親・母親)の育児休業を延長する。(年 月 日まで)
<input type="checkbox"/> (2) (父親・母親)が家庭で保育を行う。
<input type="checkbox"/> (3) (父親・母親)が家庭外で児童を伴い、就労する。
<input type="checkbox"/> (4) (祖父・祖母・親族・知人)が(有償・無償)です。
(5) (保育所・幼稚園・認可外保育室・職場内保育室・その他有償保育)に預ける。 <input type="checkbox"/> 利用施設 () <input type="checkbox"/> 利用中(継続利用) <input type="checkbox"/> 利用予約済み <input type="checkbox"/> 今後問い合わせ等行う 利用開始時期 (年 月 日から)
<input type="checkbox"/> (6) 転入予定者で、入所できなかった場合は和光市への転入をどうするか →以下の(a)又は(b)を選択してください <input type="checkbox"/> (a) 入所が決まれば転入する(入所できない場合: 転入しない・他の自治体に転入する・その他) <input type="checkbox"/> (b) 入所が決まらなくても転入する → その場合の児童の預け先を(1)~(5)にご記入ください
<input type="checkbox"/> (7) その他 ()

4. 児童の過去の市内保育施設の申込状況

令和4年度の申込を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
--

5. 育児休業を延長するための申込について（該当者のみ記入）

育児休業を延長することが目的の申込の場合、復職希望日までは優先順位を下げても利用調整を行うことができます。
ただし、優先順位を下げたとしても、他に入所希望者がいない場合は入所決定となる場合もあります。
以上のことに同意し、優先順位を下げても利用調整を行うことを希望する場合、復職希望日と保護者署名をご記入ください。

復職希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者署名 _____

6. 利用の申請にあたり配慮を要する事項（自由記載）

【和光市役所記載欄】

7. 担当者聞き取り

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当者 _____