

様式及び記入例

保育施設入所申込確認票（表面）

令和 9 年度 保育施設入所申込確認票
児童氏名 印西 丸男 (令和 4 年 12 月 18 日生)

全ての方が必要な書類（※申込児童ごとに用意してください。）	
☒	教育・保育給付認定申請書〔指定様式〕※すでに認定されていて変更がない場合は、提出不要
☒	保育施設等の利用申込書〔指定様式〕
☒	申込児童の健康状況調書〔指定様式〕
☒	直近の健診票又は、母子手帳の健康状況がわかるページの写し（例：3～4か月健診、1歳半健診等）

【すでに認定されている方】は、現在の認定内容を記入してください。
また、認定内容や申込内容が今までと変更になる際には、認定を変更するための手続きが必要です。

教育・保育給付認定申請書を提出しない方は、ご自身の認定内容を今一度確認し、現在認定されている保育必要量に○をしてください。現在の認定が入園時の認定となります。

保育必要事由	続柄	就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護・看護等 求職活動 就学 育児休業
	続柄	就労 妊娠・出産 疾病・障害 介護・看護等 求職活動 就学 育児
保育必要量	保育標準時間	保育短時間

同じ住所にいる祖父母や同居人も記載してください。
高校生以上 65 歳未満の場合、保育を必要とする事由を確認するための書類の提出が必要です。

世帯の状況を記入し、保育を必要とする事由を確認するための書類を提出する者に☑してください。

	氏名	続柄	生年月日	職業又は学校名
☒	印西 太郎	父	平成 2 年 4 月 24 日生	会社員
☒	印西 花子	母	平成 4 年 6 月 6 日生	会社員
☐	印西 丸子	妹	令和 6 年 11 月 7 日生	
☐			年 月 日生	
☐			年 月 日生	
☐			年 月 日生	

保育を必要とする事由を確認するための資料で提出するものに☑してください。（保護者や同居する親族等が該当するもの）（※申込児童ごとに用意してください。申込児童が複数の場合、就労証明書等はいずれかの児童に写しを提出してください。）

☒	就労	就労証明書〔指定様式〕
☒	妊娠・出産	母子手帳の写し（母の名前、及び出産予定日が記載されているページ）
☐	疾病・障害	医師の診断書①〔指定様式〕又は障害者手帳の写し
☐	介護・看護等	医師の診断書②〔指定様式〕及びご家族の状況についての申立書
☐	求職活動	求職活動申告書〔指定様式〕
☐	就学	在学証明書・カリキュラム（時間割）の写し

父母で認定内容が異なる場合は、それぞれに☑してください。

該当する場合に提出が必要な書類（※申込児童ごとに用意してください。）

☐	転入予定として申し込む場合（入園する月の前月の月末までに市民課等で印西市に住居登録を行い、さらに保育幼稚園課にて転入の手続きを行うこと）	転入手続きに関する同意書 転入先住所の確認できる書類 市町村民税所得割額のわかる書類
☐	転入前の市区町村で保育所等を利用している場合	在園証明書
☐	ひとり親家庭の場合	戸籍謄本
☐	保育士として就労する場合	保育士証
☐	認可外保育施設の利用を常態とする児童が申し込む場合	利用契約書
☐	自営業主として就労の場合	確定申告書（1 年目のみ開業届可）
☐	生活保護法による非保護世帯	生活保護受給証

該当する場合のみ、記載してください。

各項目を確認し、☑してください。

☒	申込み、利用に当たっては「保育園利用のご案内」の記載内容を順守していただきます。また、虚偽のをした場合は、利用内定及び決定（承諾）を取り消します。
☒	希望施設すべての重要事項説明書を確認及びご了承のうえ申請してください。また、保育施設によって特徴や方針が異なるため、原則希望施設すべての見学を行ってください。
☒	提出書類は、返却しませんので、必要な方はあらかじめ申請書類をコピーしてください。
☒	審査において確認が必要な場合、職場やご家庭に電話や訪問して調査することがあります。

全て確認してください。

保育施設入所申込確認票（裏面）

☒	利用調整は、締切日時点の家庭の状況を点数化し行いますが、入園時と同じ状況でなければなりません。申込み後、ご家庭の状況（就労状況等）に変更があった場合は必ずご連絡ください。
☒	利用希望月に入園できなかった場合、利用調整は年度内に限り継続して行います。翌年度（4月以降）の利用を引き続き希望する場合は再度申込みください。※申込み書類が提出されない場合は、申込みを続ける意思がないものとして取扱います。
☒	利用の意思がなくなった場合は、速やかに申込みを取り下げてください。申込みを取り下げた場合や利用を辞退した場合、それまでの利用保留期間はなくなり、次回申込みをした際には、新規の申込みと同様の取扱いとなります。
☒	利用内定後、お子様の健康状況等により入園できない場合があります。
☒	入園日は毎月1日のみとなります。（生後57日・生後6ヶ月からの利用の場合を除く）
☒	0～2歳児クラスの保育料は1か月単位です。日割りはできません。
☒	必要書類の未提出や確定申告の未実施等により、市町村民税所得割額（控除前の額）が確認できない場合は、入園審査において、市町村民税所得割額の合計での審査になった場合、優先順位が最下位となります。
☒	保護者の他に同居する親族等（祖父母、内縁の夫又は妻など）がいる世帯で、保護者の市民税所得割額が0円（給与収入に換算すると約103万円）の場合、同居する親族等の市民税所得割額で保育料を算定します。
☒	申請内容は、利用調整において必要な範囲で各施設が閲覧する場合があります。また、利用が内定した施設へ申請内容を提供します。（特定個人情報を除く）

下記保育必要事由に該当する場合☑し、注意事項を確認してください。 ※育児休業から復職する場合は、「就労」および「育児休業からの復職」の両方に☑をしてください。		
☒	就労	就労証明書の有効期限は、提出月を含めて3か月です。申請時と入園時で就労時間等に変更があり、利用調整指数に変更が生じた場合は、入園辞退又は退園となります。
☒	妊娠・出産	保護者が育児休業期間中（産後パパ育休等を含む）は新規入園することはできません。入園時点において保護者のいずれかが育児休業を取得している場合、入園辞退又は退園となります。また、他の保育必要事由が無い場合、妊娠・出産を事由とした保育施設の利用期間は出産後8週間経過した日の翌日の属する月の末日までです。出産日が早まった場合、利用可能期間が短くなる場合があります。
☒	育児休業からの復職	育児休業制度の趣旨を理解し、就労先と復職についてご相談のうえ申請してください。 「育児休業から同一の職場への復職」でお間違いないかご確認ください。育児休業を継続する場合や、復職後に別の会社で就労する場合、転職を検討している場合などは対象外となります。いずれかを選択してください。 ☒ 直ちに復職を希望する 育児休業からの復職により申請される場合は、調整指数7（+2点）が適用されます。ただし、保留期間中に復職された場合は、この加点は取り消しとなりますので、必ずご連絡ください。ご連絡がないまま入園が内定（決定）した場合は、入園辞退又は退園となります。 ☐ 希望する保育園等に入園できない場合は、育児休業の延長も許容できる 利用調整では、調整指数23（-30点）を適用します。ただし、利用調整の結果、入園が内定（決定）する場合もあります。 入園月の1日から翌月10日までの間に、同一の職場へ同一の雇用契約のまま復職し、復職（予定）日が確認できる就労証明書を、市が指定する日までに提出してください。（育児短時間制度の利用は差し支えありません）育児休業を取得していた保護者のみ再提出が必要となり、利用内定通知の発行日以降に証明されたものを有効とします。市が指定する期限までに提出されない場合は、いかなる理由があっても入園辞退または退園となります。
☐	求職活動	利用承諾期間は、利用開始日から90日を経過する日が属する月の末日までとなります。なお、月60時間以上の就労を開始し、就労証明書を提出のうえ就労認定へ切り替え、かつ認定期間に空白が生じない場合は、引き続き在園することが可能です。
☐	就労内定	内定している状態かつ就労証明書が雇用先から提出可能な場合のみ該当します。就労開始後、改めて「就労証明書」の提出が必要です。

情報閲覧の同意	
☒	保育の利用に関する市区町村民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します。

記載事項を確認しました。

確認日 令和 8 年 11 月 10 日

保護者氏名 印西 太郎

該当する箇所の記載事項を確認し、内容を遵守した上で入所申込みを行ってください。（育児休業から復職するとしての申し込む場合、「就労」及び「育児休業からの復職」の項目を確認してください。）

教育・保育給付認定申請書（表面）

教育・保育給付認定申請書

申請者（保護者）	フリガナ	インザイ タロウ	個人番号	012345678901	生年月日	令和〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	父
	氏名	印西 太郎						
	現住所	〒 270-1396 印西市大森2364番地2						
	本年1月1日時点の住所	☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる		〒				
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる		〒 270-1340 印西市中央南1丁目4番地3				
	連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
	連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 その他（ ）						

申請時点で住民登録のある住所を記入。

同一世帯に属する 保護者（配偶者等）	同一世帯に属する 保護者（配偶者等）の有無		☒ 有 ☐ 無					
	フリガナ	インザイ ハナコ	個人番号	012345678902	生年月日	令和〇年 〇月〇日	申請する児童との続柄（※）	母
	氏名	印西 花子						
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒				
	本年1月1日時点の住所	☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる		〒				
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる		〒 同上				
	連絡先	090-0000-0000		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
連絡先区分	☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 その他（ ）							

教育・保育給付認定を 希望する児童	認定を希望する児童の数		2								
	1	フリガナ	インザイ マルオ	個人番号	012345678903	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	男	認定 区分	
		氏名	印西 丸男								
		現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒						
	保育を希望する時間	☒ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）		障害者手帳等の有無	☒ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☒ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				
	2	フリガナ	インザイ マルコ	個人番号	123456789054	生年月日	令和〇年 〇月〇日	性別	女	認定 区分	
		氏名	印西 丸子								
		現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒						
	保育を希望する時間	☒ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				
	3	フリガナ		個人番号		生年月日		性別		認定 区分	
		氏名									
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒						
	保育を希望する時間	☐ 標準時間（1日最大11時間） ☐ 短時間（1日最大8時間）		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金				

未記入で構いません。

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

教育・保育給付認定申請書（裏面）

世帯分離をしていても、
同住所の場合は同居と
みなします。

		世帯構成員の数	4							
申請する児童の 世帯構成員 (認定希望の児童及び 保護者・配偶者は除く)		フリガナ 氏名	申請する児 童との続柄 (※)	個人番号	生年月日	勤務先又は学校名	同居別居の別	居住地の 市区町村	障害者手帳等 の有無	障害に係る 手当等の受給状況
	1	インザイ イチロウ 印西 一郎	兄	1234 5678 9051	令和〇年 〇月〇日	印西小学校	☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	2	インザイ イチミ 印西 一美	妹	1234 5678 9062	令和〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	3	インザイ カズオ 印西 一男	祖父	1234 5678 9079	昭和〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	4	インザイ カズコ 印西 一子	祖母	1234 5678 9088	昭和〇年 〇月〇日		☒ 同居 ☐ 別居	印西市	☐ 有 ☒ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金
	5						☐ 同居 ☐ 別居		☐ 有 ☐ 無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金

保育を必要とする 事由	申請者の状況				同一世帯に属する保護者（配偶者等）の状況			
	☒ ①就労 ☐ ⑤災害復旧	☐ ②妊娠・出産 ☐ ⑥求職活動	☐ ③疾病・障害 ☐ ⑦就学	☐ ④介護・看護 ☐ ⑧その他	☐ ①就労 ☐ ⑤災害復旧	☒ ②妊娠・出産 ☐ ⑥求職活動	☐ ③疾病・障害 ☐ ⑦就学	☐ ④介護・看護 ☐ ⑧その他
	☐ ⑧その他の場合				☐ ⑧その他の場合			
①就労、⑦就学の場合	通勤（通学）手段/時間 ※手段が複数ある場合は全 てにチェック	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☒ 自動車 ☐ 電車			☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車			
		☐ その他（ ）			☐ その他（ ）			
		約 ！ 時間 ！ 〇 分（往復時間で記入）			約 時間 分（往復時間で記入）			
②妊娠・出産の場合	出産予定年月日	令和〇年〇月〇日						
	産前産後休業期間	令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日						
「保育の必要性」の状況 が④～⑥及び⑧の場合の 具体的な状況								
家庭状況	☐ ひとり親家庭	☐ ①未婚 ☐ ④離婚調停中	☐ ②死亡 ☐ ⑤行方不明	☐ ③離婚 ☐ ⑥その他	事由発生日		☐ ⑥その他の場合	
生活保護の適用の有無	☐ 有 ☒ 無							

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

ひとり親家庭にチェック
をした場合、提出時に戸
籍謄本の写しを提出。

保育施設等の利用申込書（表面）

保育施設等の利用申込書

申請者（保護者）	フリガナ	インザイ タロウ	現住所	〒 270-1396 印西市大森2364番地2	
	氏名	印西 太郎			
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名	270-1327 印西市大森2535番地	
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名	270-1340 印西市中央南1丁目4番地3	
	連絡先	090-0000-0000			

印西市外の住所の方は、マイナンバーの確認か市町村民税所得割額確認の書類提出が必要です。

同一世帯に属する保護者（配偶者等）	同一世帯に属する保護者（配偶者等）の有無	☒ 有 ☐ 無			
	フリガナ	インザイ ハナコ	現住所	〒	
	氏名	印西 花子			
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名		
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	現住所と異なる場合の市区町村名		
	連絡先	080-0000-0000			

申請内容の確認を連絡する際に、使用。日中連絡が取れる方を緊急の連絡先としてください。

利用を希望する児童の数	2
-------------	---

1人目の利用希望児童					
フリガナ	インザイ マルオ	性別	男	生年月日	令和〇年〇月〇日
氏名	印西 丸男				
2人目の利用希望児童					
フリガナ	インザイ マルコ	性別	女	生年月日	令和〇年〇月〇日
氏名	印西 丸子				
3人目の利用希望児童					
フリガナ		性別			
氏名					

「園コード」と「保育園名」を記入。園コードは次頁をご確認ください。園コードと保育園名が違っていた時は、保育園名で審査します。

利用希望保育施設					
第1希望	001 △△保育園	第2希望	100 ▽▽保育園	第3希望	201 ▼▼保育園
第4希望	300 ▲▲保育園	第5希望	401 □□保育園	第6希望	500 ■■■保育園
第7希望	601 ◇◇保育園	第8希望	700 ◇◇保育園	第9希望	
第10希望					

☒ 上記希望園に空きが出るまで待つ ※入園希望順位は審査には影響ありません
☐ 【全園希望】入園できれば上記希望以外でもよい（事業所内保育事業・小規模保育施設を除く、市区町村内の認可保育園、こども園、幼保一体施設の全てを希望する。）
☒ 【全園希望】入園できれば上記希望以外でもよい（事業所内保育事業・小規模保育施設を含む、市区町村内の認可保育園、こども園、幼保一体施設の全てを希望する。）

入園を希望する期間	令和〇年〇月1日	入園希望月の1日を記入。	年	月末まで
利用を希望する時間	〇〇 時 〇〇 分	～	〇〇 時 〇〇 分	
延長保育の希望有無	☐ 希望する ☒ 希望しない			
入園・転園を希望する具体的な理由	未記入で構いません。			
第1希望園の理由	☒ 所在地が近い ☐ 兄弟姉妹が通っている ☐ 保育内容に魅力を感じた ☐ その他（ ）			

申請取下げの申し出がない限り、一律年度末まで継続審査となります。
未記入で構いません。記入いただいた場合でも審査に反映できませんのでご了承ください。

園コード	保育所
003	木刈保育園
004	内野保育園
005	高花保育園
006	西の原保育園
007	もとの保育園
022	銀の鈴保育園
023	原山保育園
025	山ゆり保育園
028	スマイル保育園
029	小倉すくすく保育園
268	すくすくの杜千葉 NT 駅前園
024	しおん保育園
203	ヒューマンアカデミー印西牧の原保育園
204	エンジェルハート保育園
205	星虹保育園
209	星虹第二保育園
210	かふう保育園いんざい
020	AIAI NURSERY 千葉ニュータウン中央
241	かぐろ杜の保育園
242	コスモスの丘保育園
243	ゆいのひ保育園
256	AIAI NURSERY 印西牧の原
257	草深こじか第二保育園
258	ちいさな杜の保育園
260	HALO 保育園
261	コスモスの丘ひがし野保育園
262	そうほスマイル保育園
263	滝すくすく保育園
264	にじの原のつなぐ保育園
265	NOVA バイリンガル印西東の原保育園

園コード	認定こども園
514	どんぐり保育園
519	草深こじか保育園
510	牧の原宝保育園
512	認定こども園 Rainbow Wings International (本園)
513	認定こども園 Rainbow Wings International (分園)
207	印西ひかりこども園
267	たかさごスクール千葉ニュータウン
266	市川学園西の原幼稚園

園コード	小規模保育事業
700	やまと小規模保育園
701	カインド・ナーサリー牧の原第 1 園
702	カインド・ナーサリー牧の原第 2 園
703	リップル保育園 CNT 高花 I
704	リップル保育園 CNT 高花 II
270	リップル保育園 CNT 高花 III

保育施設等の利用申込書（裏面）

兄弟姉妹の状況					
当てはまるものを選択		☒ 兄弟姉妹が同時に申し込みをする			
		☐ すでに兄弟姉妹が保育所等に入園している			
		☐ 保育所等に入園していない小学校就学前児童がいる			
		☐ 上記のいずれにも当てはまらない			
兄弟姉妹が同時に申し込みする場合					
兄弟姉妹の組み合わせ	1．同時期同園のみ	☐ 同じ時期に同じ園のみ入園を希望する			
	2．同時期別園	☐ 別々の園でも良いが、同じ時期でないと入園しない			
	3．別時期同園のみ	☐ 別時期でも良いので同じ園のみ入園を希望する			
	4．別時期別園	☒ 別時期でも別々の園でも入園する			
2．同時期別園の場合 内定園の条件	同園優先	☐ 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する			
	順位優先	☐ 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）			
3．別時期同園の場合 兄弟姉妹の優先について	優先児童あり	☐ 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： ）			
	優先児童なし	☐ 一人でも入園できる児童から入園する			
4．別時期別園の場合 入園できなかった兄弟姉妹 の以降の利用調整について	同園優先	☒ 希望順位が低い園でも、全員が同じ園に入園できることを優先する			
	順位優先	☐ 希望順位が高い園に入園することを優先する（別々の園でも入園する）			
	優先児童あり	☒ 優先児童が入園できない場合は入園しない（優先児童名： 印西 丸子 ）			
	優先児童なし	☐ 一人でも入園できる児童から入園する			
	同園のみ	☒ 入園できなかった児童は、兄弟姉妹と同じ園のみ空き待ちをする			
	別園可	☐ 入園できなかった児童は、別園でもよいので空き待ちをする			
上記以外の希望条件					
すでに兄弟姉妹が保育所等に入園している場合（ 人）					
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
氏名		申請児童との 続柄（※）		施設名	
備考					
保育所等に入園していない小学校就学前の児童がいる場合（ 1 人）					
氏名	印西 丸美	申請児童との 続柄（※）	妹	生年月日	令和〇年〇月〇日
現在の保育状況	家庭保育				
氏名		申請児童との 続柄（※）		生年月日	
現在の保育状況					
氏名		申請児童との 続柄（※）		生年月日	
現在の保育状況					
備考					

※ 申請児童が複数人いる場合は、1人目の申請児童との続柄となります。

申込児童の健康状況調書（表面）

申込児童の 健康状況調書

児童氏名 (いんざい こたろう) 印西 小太郎	生年月日 令和 4 年 12 月 18 日 (2 歳 11 か月)	性別 ☒ 男 ☐ 女
--	---	--

申請時の年齢を記入してください。

該当する□に✓をつけ、() の中は、記入または○で囲んでください。いただいた情報はお子様を安全にお預かりするために活用します。正確に記入してください。

妊娠～出生の経過	・在胎週数 (39 週 2 日) ・出生予定日 (令和 4 年 12 月 20 日) ・妊娠経過 ☐ 正常 ☒ 異常 (妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・その他) ・出生時体重 (3000 g) ・出生時身長 (50 cm) ・出生時異常 ☒ 正常 ☐ 異常 (仮死、酸素 日、保育器 日、強い黄疸)
既往・現病歴	①今までに大きな病気やけが、入院はありますか ☒ 無 ☐ 有 (歳 か月頃) □心臓病 () □腎臓病 () □その他の病気 () □大きなけが () ・入院歴: ☐ 無 ☐ 有 (期間: 年 月 ~ 年 月) ・治療内容 () ・現在も治療、経過観察中ですか ☐ はい ☐ いいえ ②その他、定期的に受診している病気はありますか ☒ はい ☐ いいえ ・病名: (☒ ぜんそく ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他) ③ 上記①、②の病気に対して、処方されている薬はありますか ☒ はい ☐ いいえ { 薬品名・使用時間を記載 ○○○、1 日 2 回朝晩に使 } ④これらの治療や処置を受けたことがある、または現在も受けていますか ☐ 経管栄養 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ 導尿 ☐ その他 () ・実施期間 (歳 ~ 歳までで終了/継続中) ⑤主治医から集団保育に対する注意点はありますか ☒ 無 ☐ 有 ()
けいれんやひきつけの経験	☐ 無 ☒ 有 (最終発症: 2 歳 6 か月頃) ・診断名 (、 ☒ 不明) ・頻度 (年に 0 ~ 1 回位、月に 回位) ・発症しやすい状況 (☒ 熱が出たときに起きる ☐ 熱がなくても起きる ☐ 泣いた時) ・けいれん予防の薬の処方 (☒ 無 ☐ 有: 薬品名)
体 質	☐ 風邪をひきやすい ☐ 風がしやすい ☒ ゼイゼイしやすい ☐ 吐きやすい ☐ 便秘 () 日毎 ☐ 下痢・腹痛をおこしやすい ☒ 湿疹がしやすい ☐ 脱臼をおこしたことがある (部位:) ☐ 中耳炎になりやすい ☐ その他 ()
視 力 ・ 聴 力	視力や聴力が気になり、受診したことはありますか ☒ 無 ☐ 有: (眼・耳) (受診時期: 歳 か月、結果:)
健康診査受診状況 ※直近で受けた健診結果(母子健康手帳の健診ページ)の写しを添付	・4 か月児相談 ☒ 済 ☐ 未 ・受診済みの健診 { ☒ 3 ~ 4 か月児健診 ☒ 6 ~ 7 か月児健診 ☐ 9 ~ 10 か月児健診 } ☒ 1 歳 6 か月児健診 ☐ 3 歳児健診 ・5 歳児相談 ☐ 済 ☒ 未 ・健診等での指摘 ☒ 無 ☐ 有: 指摘事項を記入してください ()
発 達 面	・首すわり 〇 か月 ・あやすと笑う 〇 か月 ・寝返り 〇 か月 ・お座り 〇 か月 ・ハイハイ 〇 か月 ・つかまり立ち 〇 か月 ・一人で歩く 〇 歳 〇 か月 ・走る 〇 歳 ・模倣 〇 か月 ・指さし 〇 か月 ・意味のある単語を話始めた時期(ワンワン・ブーブー等) 〇 歳 〇 か月頃 ・現在、どのくらい話せますか? □喃語 □単語(語くらい) ☒ 2 語文 ☐ 会話可

服用している薬があるときは記入してください。

裏面あり

申込児童の健康状況調書（裏面）

集団生活の経験	☐ 無 ☒ 有（ _____保育園・ _____幼稚園・一時預かり・児童発達支援・その他 _____）						
発達の状況 （身体・知的・言語） や健康面等で気が かりな事、保育園に 伝えておきたい事	☐ 動き回って落ち着きがない ☐ ささいなことでもパニックになりやすい ☒ こだわりが強い ☐ 家族や友達を叩いたり噛んだりする ☐ 言葉がおそい ☐ 家族や友達に関心が薄く、一人で遊ぶことが多い ☐ 名前を呼ばれても応答しない ☐ 視線が合いにくい ☐ その他 具体的に⇒ { }						
今までに健康面で 発達上のごことで、 専門機関に相談し たことはありますか	☐ 有 ☒ これから相談予定 ☐ 無 ・「有」または「これから相談予定」に勾选された方は、相談先を以下から選択してください { ☐ 市の保健センター等 ☒ 子ども発達センター(印西市) ☐ 児童発達支援(療育)や相談支援事業所 ☐ 医療機関(病院名： _____) ☐ その他(_____) } 具体的な相談内容をご記入ください ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ※保護者の方の同意を得たうえで、関係機関と情報共有をさせていただくことがありますので、ご了承ください。個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。						
手帳の取得状況	☒ 無 ☐ 有 ☐ 申請中 （身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳）						
食 事 面 （現在の状況）	・現在、授乳中ですか □はい□母乳 □混合 □ミルク；商品名（ _____ ） ☒ いいえ ・離乳食の開始（生後 ○ 月か） ・一日の食事回数（ _____ 回／日） ・どのような形態のものを食べていますか { □裏ごし □舌でつぶせる固さ □歯ぐきでつぶせる固さ □歯ぐきで噛める固さ □大人の一部をさざむ □大人のの一部を一口大にする ☒ 大人と同じ } ・食べられない食品がありますか ☐ 無 ☒ 有（食品名： _____ ） 理由：（□治療上 □宗教上 ☒ その他： _____ ） ・給食のことで園に希望する対応 ☐ 無 ☒ 有 ⇒有の場合、具体的に（ 除去を希望します。 _____ ）						
食物アレルギー	・食物アレルギーがありますか ☐ 無 ☒ 有 ・食物アレルギーで除去している食品はありますか ☐ 無 ☒ 有 { □鶏卵 ☒ 牛乳・乳製品 □小麦 □エビ □カニ □ビーナッツ □そば □くるみ □その他(_____) } ・医師による診断を受けていますか ☒ はい（最終受診日： 10/25 ） □いいえ ・アナフィラキシーショック ^(※1) の経験はありますか ☒ 無 ☐ 有 ⇒有の場合 回数（ _____ 回） 症状：□せきこみ □呼吸困難 □意識もうろう □腹痛 □おう吐 □その他（ _____ ） ^(※1) アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べた後で、じんましんなどの皮膚症状のほか、せきこみ、呼吸困難、意識障害などの生命危機下一刻も早く治療せねばならない重篤な状態です。 ・処方されている薬はありますか □はい ☒ いいえ ⇒有の場合 □抗ヒスタミン薬・ステロイド薬(内服薬) 薬品名を記載（ _____ ） □アドレナリン自己注射(エピペン) □その他（ _____ ）						
ア レ ル ギ ー （食 物 以 外）	☐ 無 ☒ 有（アレルギー： ハウスダスト ）						
記 入 者	☐ 父 ☒ 母 □その他（ _____ ）						
記 入 日							令和 8 年 11 月 10 日

今までに健康面や発達上のことで、専門機関に相談したことはありますか？の問いに

「有」と答えた方は、具体的な相談内容を必ず記入してください。集団生活を送るうえで困難なことなどが、入園決定後になって確認できた場合、施設で受け入れができないことがありますので、申請時に記入いただくと同時に受け入れ体制等を施設の担当者に確認してください。

【母乳に○をした方へ】
保育園ではミルクで対応することとなります。入園までにミルクを飲めるよう練習してください。

「有」と答えた方は、下の項目の記入をしてください。
まだ食べさせていない食材がある場合でも現時点でアレルギーがなければ「無」にチェックしてください。
アレルギーかどうかわからない、食べさせたことがないときは入園が決まったらその旨お申し出ください。