

児童状況票

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書(2・3号)

保育を実施する際の資料となります。状況により診断書等を提出していただくことがあります。集団生活において心配のある方は申込前にご相談ください。

記入日現在の年齢	記入日
歳 月	年 月 日

① にじいろ保育について該当するものに○をつけてください。

にじいろ保育の希望	あり	「あり」の場合、事前に幼児教育推進課 072-780-4313へ連絡が必要となります。 <input type="checkbox"/> 事前に連絡済み <input type="checkbox"/> 今後、連絡する
	なし	にじいろ保育とは、発達に支援を必要とする子どもに対し、活動場面に応じて、保育士・保育教諭が支援を行う保育のことです。子ども同士が関わり合う中で、一人一人が互いの違いを認め合い、助け合い、心の育ちを大切に「共に育ち合う」保育を目指しています。

② 発達面等の相談機関について(過去の相談歴も含め)○をつけて必要があればご記入ください。

相談なし	
相談あり	相談先や内容等について記載してください。 相談先・保健センター・あすばる(相談・たんぼぼ・カルミア・つつじ・きぼう) 通所先 児童発達支援事業所()・その他() (相談した時期や内容等について)

③ 障害手帳や受給者証等の交付状況について、該当するものがあれば○をつけてください。

身体障害者手帳	療育手帳	障害福祉サービス受給者証
通所受給者証、育成医療受給者証等	地域生活支援事業受給者証	

④ 出産時の状況について記入ください。

妊娠期間	週	体重	g	身長	cm
------	---	----	---	----	----

⑤ 予防接種について(受けた予防接種に○をつけてください。)

Hib	1回目	四種混合(DPT-IPV)	1回目	小児用肺炎球菌	1回目	B型肝炎	1回目	ロタウイルス
	2回目		2回目		2回目			
	3回目		3回目		3回目			
	追加		追加		追加			
MR(麻しん、風しん混合)	1期	水痘	1回目	おたふくかぜ	BCG			日本脳炎
	2期		2回目					

⑥ いままでにかかった疾患など該当するものがあれば○をつけてください。

心臓病	腎臓病	けいれん	てんかん	ぜんそく
肘内障(ひじがぬけやすい)		その他()		

上記の該当項目で現在の症状や医師の指示等あれば記入ください。

診断名	かかった時の様子	現在の症状・医師の指示など

⑦ 健康診査の状況について(該当するものを○で囲んでください。)

4か月児健康診査	未受診	・	受診予定	・	受診済み(特記事項))
10か月児健康診査	未受診	・	受診予定	・	受診済み(特記事項))
1歳6か月児健康診査	未受診	・	受診予定	・	受診済み(特記事項))
3歳児健康診査	未受診	・	受診予定	・	受診済み(特記事項))

⑧ 食事についてご記入ください。

栄養法	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	離乳食	開始時期	か月
哺乳瓶	使っている ・ 使っていない		回数	/ 日
		普通食	開始時期	か月
・ スプーンから飲むことができますか		はい	・	いいえ
・ コップから飲むことができますか		はい	・	いいえ
・ 自分でコップを持って飲めますか		はい	・	いいえ
・ スプーンを使って自分の口に運べますか		はい	・	いいえ
・ お箸を使って食事をしますか		はい	・	いいえ
・ 食物アレルギーについて		なし	・	あり(下記 ※についてご記入ください。)
・ 除去している食材		なし	・	あり()
・ 保育所での除去食の希望		なし	・	あり
・ アレルギー症状、状態		なし	・	あり()
・ アナフィラキシー		なし	・	あり()
・ エピペンの使用		なし	・	あり()
・ 食物以外のアレルギーについて		なし	・	あり(下記 ※についてご記入ください。)
※ アレルギーがある方のみ記載ください。		何に対するアレルギーですか? ()		
		初発年齢	歳	か月
		血液検査の実施	あり	・ なし

⑨ 発達状況について記入ください。

首すわり	か月 ・ できない	寝返り	か月 ・ できない	お座り	か月 ・ できない
ハイハイ	か月 ・ できない	つかまり立ち	か月 ・ できない	つたい歩き	か月 ・ できない
ひとり歩き	か月 ・ できない				
・ 名前を呼ぶと視線を合わせますか		はい	・	いいえ	
・ バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか		はい	・	いいえ	
・ 「おいで」「ちょうだい」など簡単なことがわかりますか		はい	・	いいえ	
・ 「まんま ちょうだい」など2語文をいいますか		はい	・	いいえ	
・ 自分の名前をいいますか		はい	・	いいえ	
・ 目を合わせて会話ができますか		はい	・	いいえ	
・ 他のお子さんに興味をもちますか		はい	・	いいえ	
・ 排尿を知らせますか		出る前	・	出てから	・ 知らせない
・ 大便を知らせますか		出る前	・	出てから	・ 知らせない
・ 自分で排尿ができますか		いつも	・	時々	・ できない
・ 自分で大便ができますか		いつも	・	時々	・ できない
・ 自分で靴がぬげますか		はい	・	いいえ	
・ 自分で服が着られますか		手助けがいる	・	一人できる	
・ 外出時に迷子になったことがありますか		はい	・	いいえ	

⑩ 保育施設の入所にあたり、伝えておきたいことなどあればご記入ください。

③ 同居者の状況

※保護者・申請児童以外で同居されている方を全員記載してください。
世帯分離をしている場合も記載が必要です。

Table with columns for Name, Birth Date (西暦), Residency Status, Child's Status, and School/Childcare. Includes entries for 伊丹 小房子 and 伊丹 次郎.

右記は、市記入欄です。

④ 確認事項

Table with 7 rows of confirmation items regarding household status, disability, and financial support.

⑤ 確認事項

- 1 2015年4月「子ども・子育て支援新制度」の施行に伴い、幼稚園・保育所等へ入園を希望する世帯は、保育の必要性の有無や必要量等について市から認定（教育・保育給付認定という）を受ける必要があります。
2 本申請書に必要な事項を全て記入していただき、教育保育課に提出してください。
3 申請内容に異動があった場合は、速やかに下記までご連絡ください。
4 2024年8月までの利用者負担額決定（0～2歳児）及び副食費の免除審査について（3～5歳児）
5 2016年1月より、社会保障、税、災害対策の行政手続に個人番号の届出が必要になりました。
6 本申請書に記載の内容について、変更や訂正があった場合は速やかに申出ること。

同意事項

- 1 入所の利用調整、保育料算定、保育料に関する補助金の対象者特定等、適正な保育行政の実施を行うにあたり、教育保育課が必要な範囲で保護者及び同居者の住民票、市民税情報、児童扶養手当支給状況等を所管課や他自治体、医療・療育機関等に開示を求めること。
2 市として保有する情報を内定先保育施設等の関連機関と共有すること。
3 支給認定証の交付が必要な場合には申出ること。給付認定変更申請や市外転出の差異は、認定証の返却が必要であること。
4 4月入所・入園については、審査に時間を要するため、通知書又は認定証の交付が遅延する可能性があること。
5 施設型給付費・地域型給付費等について、市から入所・入園する施設に支払うこと。
6 本申請書に記載の内容について、変更や訂正があった場合は速やかに申出ること。

上記事項について同意します。

保護者(父)署名

伊丹 太郎

Ⓜ 自署の場合Ⓜ不要

保護者(母)署名

伊丹 花子

Ⓜ 自署の場合Ⓜ不要

以下は、市記入欄です。

Table with columns for Child Details (児童詳細) and Application Date (申請日). Includes fields for birth date and residence code.

児童状況票

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書(2・3号)

保育を実施する際の資料となります。状況により診断書等を提出していただくことがあります。集団生活において心配のある方は申込前にご相談ください。

記入日現在の年齢	記入日
3歳 4か月	R5年 9月 20日

① にじいろ保育について該当するものに○をつけてください。

にじいろ保育の希望	<input type="checkbox"/>	あり	「あり」の場合、事前に幼児教育推進課 072-780-4313へ連絡が必要となります。 <input type="checkbox"/> 事前に連絡済み <input type="checkbox"/> 今後、連絡する
	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	にじいろ保育とは、発達に支援を必要とする子どもに対し、活動場面に応じて、保育士・保育教諭が支援を行う保育のことで、子ども同士が関わり合う中で、一人一人が互いの違いを認め合い、助け合い、心の育ちを大切に「共に育ち合う」保育を目指しています。

② 発達面等の相談機関について(過去の相談歴も含め)○をつけて必要があればご記入ください。

<input type="checkbox"/>	相談なし	
<input type="checkbox"/>	相談あり	相談先や内容等について記載してください。 相談先・通所先 保健センター ・ あすばる (相談 ・ たんぼぼ ・ カルミア ・ つつじ ・ きぼう) 児童発達支援事業所 () ・ その他 () (相談した時期や内容等について)

③ 障害手帳や受給者証等の交付状況について、該当するものがあれば○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/>	療育手帳	<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス受給者証
<input type="checkbox"/>	通所受給者証、育成医療受給者証等	<input type="checkbox"/>	地域生活支援事業受給者証	<input type="checkbox"/>	

④ 出産時の状況について記入ください。

妊娠期間	39 週	体重	3296 g	身長	50 cm
------	------	----	--------	----	-------

⑤ 予防接種について(受けた予防接種に○をつけてください。)

Hib	1回目	<input type="checkbox"/>	四種混合(DPT-IPV)	1回目	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌	1回目	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>
	2回目	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>		
	3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>		
	追加	<input type="checkbox"/>		追加	<input type="checkbox"/>		追加	<input type="checkbox"/>					
MR(麻しん、風しん混合)	1期	<input type="checkbox"/>	水痘	1回目	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ		BCG	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>		
	2期	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>								

⑥ いままでにかかった疾患など該当するものがあれば○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>	けいれん	<input type="checkbox"/>	てんかん	<input type="checkbox"/>	ぜんそく
<input type="checkbox"/>	肘内障(ひじがぬけやすい)			<input type="checkbox"/>	その他()				

上記の該当項目で現在の症状や医師の指示等あれば記入ください。

診断名	かかった時の様子	現在の症状・医師の指示など
小児ぜんそく	2歳のときに、すこし過度な運動をした際に発症	<input type="checkbox"/> 病院に通院中 ぜんそく発症時はまず安静にするよう指示あり

⑦ 健康診査の状況について(該当するものを○で囲んでください。)

4か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)	
10か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)	
1歳6か月児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)	
3歳児健康診査	未受診	受診予定	受診済み (特記事項)	

⑧ 食事についてご記入ください。

栄養法	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	離乳食	開始時期	か月
			回数	/ 日
哺乳瓶	使っている ・ 使っていない	普通食	(形態) 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期	
			開始時期	18 か月
・ スプーンから飲むことができますか		はい	いいえ	
・ コップから飲むことができますか		はい	いいえ	
・ 自分でコップを持って飲めますか		はい	いいえ	
・ スプーンを使って自分の口に運べますか		はい	いいえ	
・ お箸を使って食事をしますか		はい	いいえ	
・ 食物アレルギーについて		なし	あり(下記 ※についてご記入ください。)	
・ 除去している食材		なし	あり()	
・ 保育所での除去食の希望		なし	あり	
・ アレルギー症状、状態		なし	あり(口の周りが赤くなる)	
・ アナフィラキシー		なし	あり()	
・ エピペンの使用		なし	あり()	
・ 食物以外のアレルギーについて		なし	あり(下記 ※についてご記入ください。)	
※ アレルギーがある方のみ記載ください。		何に対するアレルギーですか? (卵、ねこの毛)		
		初発年齢	1歳 10 か月	
		血液検査の実施	あり ・ なし	

⑨ 発達状況について記入ください。

首すわり	3か月 ・ できない	寝返り	5か月 ・ できない	お座り	6か月 ・ できない
ハイハイ	6か月 ・ できない	つかまり立ち	7か月 ・ できない	つたい歩き	8か月 ・ できない
ひとり歩き	12か月 ・ できない				
・ 名前を呼ぶと視線を合わせますか		はい	いいえ		
・ バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか		はい	いいえ		
・ 「おいで」「ちょうだい」など簡単なことがわかりますか		はい	いいえ		
・ 「まんま ちょうだい」など2語文をいいますか		はい	いいえ		
・ 自分の名前をいいますか		はい	いいえ		
・ 目を合わせて会話ができますか		はい	いいえ		
・ 他のお子さんに興味をもちますか		はい	いいえ		
・ 排尿を知らせますか		出る前	出てから	知らせない	
・ 大便を知らせますか		出る前	出てから	知らせない	
・ 自分で排尿ができますか		いつも	時々	できない	
・ 自分で大便ができますか		いつも	時々	できない	
・ 自分で靴がぬげますか		はい	いいえ		
・ 自分で服が着られますか		手助けがいる	一人でできる		
・ 外出時に迷子になったことがありますか		はい	いいえ		

⑩ 保育施設の入所にあたり、伝えておきたいことなどあればご記入ください。