

家庭状況報告書（保育所等入所申込用）

申込児童氏名

| 保護者の状況                |             | 該当する場合は☑を付け、必要事項を記入してください。（提出書類は「入所のしおり」の「申込みに必要な書類」を参照）                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |
|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |             | 父の状況                                                                                                                                                                                                                            |  | 母の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |
| 就労・就学の場合              | 就労・就学形態     | <input type="checkbox"/> 自営以外 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就学<br><input type="checkbox"/> 地域型保育事業(小規模・家庭的保育事業)を卒園(予定)で、3歳児クラス以降の入所申込みをするが、入所月または翌月中に復職しない場合                 |  | <input type="checkbox"/> 自営以外 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 就学                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
|                       | 通勤(学)方法     | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                            |  | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |
|                       | 通勤(学)時間、距離  | (片道) 平均                      時間                      分、                      km                                                                                                                                                 |  | (片道) 平均                      時間                      分、                      km                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |
|                       | 育児休業終了(予定)日 | 令和                      年                      月                      日                                                                                                                                                         |  | 令和                      年                      月                      日                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |
| 上記以外の場合               |             | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 同居家族の看護・介護<br><input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                          |  | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日：令和                      年                      月                      日)<br><input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 同居家族の看護・介護<br><input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他(                      )<br><small>※妊娠・出産は、母子健康手帳の表紙と出産予定日の分かる頁の写しをつけてください。</small> |                                                                                                            |
| 送迎手段                  |             | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 通園バス <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                          |  | 送迎者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |
| 育児休業の延長について<br>※該当者のみ |             | <input type="checkbox"/> 希望する保育施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許可できる。（就労先の育児延長可否を確認する項目ではありません。）<br>→ <b>「育児休業の延長も許可できる」を選択した場合、基準指数から－20点の減点を行います。</b><br>その他の利用調整指数（加点・減点）は適用しません。<br>※ただし、地域型保育事業を卒園（予定）し、3歳児クラス以降の入所申込みをする場合、減点は行いません。 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |

|           |                                |                                                                                                                                                             |                                               |
|-----------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 申込児童の保育状況 | <input type="checkbox"/> 自宅保育  | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（続柄：                      氏名：                      ）                      |                                               |
|           | <input type="checkbox"/> 自宅外保育 | 利用施設の種類の等                                                                                                                                                   | 施設名等                                          |
|           |                                | <input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園(長) <input type="checkbox"/> 小規模・家庭的・事業所内保育事業<br><input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園(短) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 | ※認可外施設在籍加算希望の場合は、在籍証明と就労(復帰)が確認できる就労証明書を提出のこと |
|           |                                | <input type="checkbox"/> その他(右欄に詳細を記入してください)                                                                                                                |                                               |

|        |    |     |                          |                                                                                  |                                                                                  |
|--------|----|-----|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 祖父母の状況 |    | ①氏名 | ②住所（市内の場合は地番まで詳しく記入すること） | ③生年月日                                                                            | ④状況                                                                              |
|        | 父方 | 祖父  |                          |                                                                                  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |
|        |    | 祖母  |                          |                                                                                  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |
|        | 母方 | 祖父  |                          |                                                                                  | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |
| 祖母     |    |     |                          | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |                                                                                  |

\*市内にお住まいの場合は①～④のすべてを、市外にお住まいの場合は①～②を記入してください。  
\*対象者がいない場合は、①に斜線をひいてください。その場合、②～④は記入不要です。  
\*同地番にお住まいの65歳未満(昭和37(1962)年4月2日以降生まれ)の方は、保護者と同様に「保育を必要とする事由」がわかる書類の提出が必要です。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|------|--|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 就学前の兄弟姉妹の状況 | ①申込児童                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 名前 |  | 生年月日 |  | 状況 | <input type="checkbox"/> 今回申し込み    →②へ <input type="checkbox"/> 申し込みしない    →⑤へ<br><input type="checkbox"/> 保育施設利用中（施設名：                      ） |
|             | 以外の就学前の兄弟姉妹の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 名前 |  | 生年月日 |  | 状況 | <input type="checkbox"/> 今回申し込み    →②へ <input type="checkbox"/> 申し込みしない    →⑤へ<br><input type="checkbox"/> 保育施設利用中（施設名：                      ） |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名前 |  | 生年月日 |  | 状況 | <input type="checkbox"/> 今回申し込み    →②へ <input type="checkbox"/> 申し込みしない    →⑤へ<br><input type="checkbox"/> 保育施設利用中（施設名：                      ） |
|             | 兄弟姉妹で申込みをされる方（異動・転園希望含む）は以下の組み合わせの希望について☑してください。<br>※☑した希望の条件を満たさない限り入所は決定しません。入所選考においては回答いただいた組み合わせのみ考慮します。                                                                                                                                                                                     |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|             | ②兄弟姉妹が同時に同じ保育施設に入所できる場合のみ、入所を希望しますか？<br><input type="checkbox"/> はい→以下記入不要（ただし、転園希望の場合は⑥へ進む） <input type="checkbox"/> いいえ→③、④へ進む（ただし転園希望の場合は③、④、⑥へ進む）                                                                                                                                            |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|             | ③希望する <u>いずれかの選択肢ひとつに☑を入れてください。</u><br><div><input type="checkbox"/> A兄弟姉妹のうち、ひとりだけ入所できる場合でも入所を希望する<br/><input type="checkbox"/> B兄弟姉妹のうち、児童名：                      が先に入所できる場合のみ入所を希望する<br/><input type="checkbox"/> C兄弟姉妹の一部の子どものみ入所は希望しない</div> <div>保育が必要な理由が「就労」「就学」のみ<br/>選択可能→④、⑤へ進む</div> |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|             | ④申請した兄弟姉妹全員が同時に入所できる場合に、希望する <u>いずれかの選択肢ひとつに☑を入れてください</u><br><input type="checkbox"/> 希望順位が低くても、兄弟姉妹全員が同じ施設へ入所したい（同施設優先）<br>→複数の施設で兄弟姉妹が揃う場合、児童名：                      の希望順位の高い施設を優先してほしい。<br><input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が別の施設になっても、それぞれの児童の希望順位の高い施設へ入所したい。（希望順位優先）                           |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|             | ⑤（①で「申し込みしない」を選択、または、③でAまたはBを選択した場合）入所が決まらなかった児童の保育はどうされますか？<br><input type="checkbox"/> 自宅保育（保育者：                      ） <input type="checkbox"/> 認可外施設・幼稚園等に在籍 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                            |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |
|             | ⑥（転園希望の場合のみ）兄弟姉妹が異なる保育施設に在籍している場合、同じ保育施設に揃わない場合でも転園を希望しますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                          |    |  |      |  |    |                                                                                                                                                |

## 医療管理・発達・健康調査票

ふりがな  
申込児童氏名生年  
月 日

年 月 日

お子さまの教育・保育施設入所後のよりよい成長の支援が図れるよう次の項目について記入をお願いします。

## 【医療管理について】

|                               |    |                                                                           |  |
|-------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------|--|
| これまでに、病気や怪我で入院・通院されたことはありますか。 |    | <input type="checkbox"/> ある(以下の表に詳細を記入してください) <input type="checkbox"/> ない |  |
| いつごろ                          | 病名 | 該当するものにチェック                                                               |  |
|                               |    | <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中または経過観察中          |  |
|                               |    | <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中または経過観察中          |  |
|                               |    | <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中または経過観察中          |  |

「治療中または経過観察中」と答えた方のみお答えください。

医療行為の一例

| 項目  | ケアの内容           |
|-----|-----------------|
| 栄養  | 経管栄養、中心静脈栄養 等   |
| 呼吸  | 吸引、人工呼吸器、酸素療法 等 |
| 排泄  | 導尿、浣腸 等         |
| その他 | 血糖値測定、インスリン注射 等 |

受診中の医療機関名

医師から服薬等の保育上の特別な配慮または看護師による医療行為が必要であると言われましたか。

☐必要ではない ☐必要である

「必要である」と答えた方のみ、具体的な内容をご記入ください。 ※診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。

(例：毎日の服薬、検温 等)

|                                                                                                                              |  |                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 現在、以下のような持病はありますか。                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> ある（以下のあてはまる病気に☑をしてください） <input type="checkbox"/> ない |       |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |                                                                              |       |
| 医療機関を受診していますか                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                 |       |
| 医療機関名                                                                                                                        |  | 最終受診日                                                                        | 年 月 日 |

## 【発達・健康について】

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|----|
| 乳幼児健診について               | 4か月児健診                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input type="checkbox"/> 受診済                                                                                                            | 指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | 内容 |
|                         | 10か月児健診                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input type="checkbox"/> 受診済                                                                                                            | 指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | 内容 |
|                         | 1歳8か月児健診                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input type="checkbox"/> 受診済                                                                                                            | 指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | 内容 |
|                         | 2歳6か月児相談                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input type="checkbox"/> 受診済                                                                                                            | 指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | 内容 |
|                         | 3歳6か月児健診                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 未受診<br><input type="checkbox"/> 受診済                                                                                                            | 指摘事項 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | 内容 |
|                         | 発達相談または発達検査を受けられたことはありますか                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり ⇒ 相談先： <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 発達支援課（ひまわり館） <input type="checkbox"/> その他( ) |      |                                                            |    |
| 発達上、気になることがあればお書きください。  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |
| サポート(加配、特別な支援)を希望されますか。 | <input type="checkbox"/> 希望なし ※近江八幡市では、障がいや心身の発達の遅れ等があるために、集団生活の中で特別な支援が必要な場合、施設で担任とは別に保育者等がお子さんのサポートをする制度(特別支援加配、障がい児加配)があります。<br><input type="checkbox"/> 希望あり ※現時点の状況で選択してください。希望ありの場合でも必ずサポートがつくとは限りません。                                                        |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |
| 対応しているかどうか              | <input type="checkbox"/> 必要なし                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |
|                         | <input type="checkbox"/> わからない ⇒ <input type="checkbox"/> 離乳食を開始していない<br><input type="checkbox"/> まだ食べていない食材がある ⇒ 品目： <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |
|                         | <input type="checkbox"/> 必要あり ⇒ 品目： <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( )<br>※入所決定後、給食での対応の必要性や内容について主治医に相談いただき、対応が必要な場合は生活管理指導表を提出していただきます。                |                                                                                                                                                                         |      |                                                            |    |

## 【入所申込みにあたって同意していただく事項】

1. 申込みについては、必ず入所時の保護者の状況で申請する必要があること
  2. 乳幼児健診や発達相談等、幼児課が関係機関に情報提供を依頼すること
  3. この調査で得た個人情報を幼児課と入所決定施設等で共有すること
  4. 申請内容と事実と相違がある場合は、再選考および入所決定取消しとなる場合があること(保育施設入所申込者のみ該当)
- 以上のことについて同意します。

年 月 日

申込保護者氏名

\*提出いただきました個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき適正管理のうえ、保育所等の関係業務以外には使用いたしません。