

定期利用保育申込書

（宛先）昭島市長

年 月 日

保護者	現住所	〒昭島市				
	ふりがな		印	電話	自宅	— —
	氏名				携帯(父)	— —
					携帯(母)	— —

定期利用保育について、下記事項に同意のうえ次のとおり申し込みます。

- (1) 決定時に、世帯情報（住所、電話等）や申し込み児童の状況を希望保育施設へ情報提供すること。
- (2) 希望する保育施設について、見学等で保育内容等を確認、納得したうえで申し込みをしていること。
- (3) 申し込みの記載内容が事実と異なる場合は、申し込み承諾を取り消すことがある。

利用希望児童	ふりがな	続柄	性別	生年月日	年齢 (4月1日現在の年齢)	定期利用保育希望施設名			
	氏名						男・女	年 月 日	保育園

定期利用保育を希望する期間 年 月 日から 年 月 日まで

利用希望の曜日・時間 (平日の午前8時30分から午後5時までの範囲で記入)	①利用希望の曜日を○で囲んでください。（月・火・水・木・金）							
	②利用希望時間を記載してください。							
	月曜日	:	～	:	火曜日	:	～	:
	水曜日	:	～	:	木曜日	:	～	:
金曜日	:	～	:	週の利用時間		時間		

就労状況	続柄	雇用形態	勤務時間	勤務日（土・日曜は除く）	片道通勤時間
	父	正社員・派遣・臨時職員	: ~ :	月・火・水・木・金・不定期	時間 分
	母	正社員・派遣・臨時職員	: ~ :	月・火・水・木・金・不定期	時間 分

上記児童以外の同居世帯員	氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	職業・保育園名・学校名等	
		父	. .		
		母	. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		

ここから下は記入しないでください。

摘 要	受付日	
	受付者	
	整理番号	
	決定結果	決定 ・ 保留 承諾期間 / ~ /
		施 保 通

児童健康状況表

あてはまるところに記入、または○をつけてください。

出生状況	
出生時の状況	週数（ 週） 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他（ ） 出生時の体重（ g） 出生時の身長（ cm） 現在の体重（ g） 現在の身長（ cm）
出生後の状況	正常 ・ 異常あり → 仮死・保育器（ 日間） 黄疸・けいれん・その他（ ）
発達状況	
◆首がすわったのはいつですか （首が支えなしでぐらつかない状態なる）	か月頃～ ・ まだすわっていない
◆寝返りをしたのはいつですか	か月頃～ ・ まだしていない
◆ひとり座りをしたのはいつですか （支えなしで座れる）	か月頃～ ・ まだしていない
◆はいはいをしたのはいつですか	か月頃～ ・ まだしていない
◆つかまり立ちをしたのはいつですか	か月頃～ ・ まだしていない
◆ひとり歩きをしたのはいつですか	か月頃～ ・ まだしていない
◆2語文（わんわんきた、まんまちょうだい）を言うことができますか	はい ・ いいえ
健康状態	
◆食物アレルギー	あり（食品名 除去 あり・なし） ・ なし
◆ひきつけ	あり（熱性けいれん・てんかん・その他） ・ なし
健康診断	
◆3～4か月健診	受けた（健康・要観察） ・ 受けていない
◆1歳半健診	受けた（健康・要観察） ・ 受けていない
これまでに接種した予防接種	
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MR混合ワクチン <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> DTワクチン <input type="checkbox"/> その他（ ）	
これまでにかかった病気	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 百日ぜき <input type="checkbox"/> リンゴ病 <input type="checkbox"/> その他()	
病気、言語その他の発達について、相談をしている病院や専門機関はありますか あり ・ なし	
病名（症状）	病院・専門機関名
現在の様子	
子育てについて不安や困難を感じること、 その他、お子様の健康面や発達について気になることがありましたらご記入ください。	