

※受付No.

提出日を記入してください。

入園申込書(兼保育児童台帳)

令和2年10月00日

R2.1.1 時点での住所を記入してください。(現住所と変わらない場合は記入する必要はありません。)

者 現住所 新城市字東入船115
 (R2.1.1 住所)
近隣市新城一丁目1-100
 (R3.1.1 住所)

R3.1.1 時点での住所予定地を記入してください。引っ越しは決まっているが住所が未定の場合は「未定」と記入してください。

氏名 新城 太郎 (印)(自宅電話 23-7622)
 携帯電話(父) 090-0000-0000 (母) 080-0000-0000

(現住所と変わらない場合は記入する必要はありません。)

とおり申

- ・「保護者」は生計の主たる方を記入ください。
- ・押印(認印可)を忘れないでください。

児童名	(ふりがな) <u>しんしろ はなこ</u> 新城花子	生年月日	平成・令和 30年 3月20日生	年齢	R3.4.1の年齢 3歳児	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
-----	---------------------------------------	------	----------------------------	----	-------------------------	----	---------------------------------------

◇父母の状況

父親の状況	氏名	新城 太郎	年齢	35歳	就労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労していない
	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 内職(家庭内) <input type="checkbox"/> 内職(家庭外)			
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者				
	<input type="checkbox"/> 傷病・疾病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院				
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳__判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級				
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護(続柄:) <input type="checkbox"/> 介護(続柄:)				
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急(要保護等)				
<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居(市内 市外:) <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他					
母親の状況	氏名	新城 桜子	年齢	33歳	就労	<input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労していない
	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 内職(家庭内) <input type="checkbox"/> 内職(家庭外)			
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者				
	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院	出産(予定)日: 令和3年 4月29日			
	<input type="checkbox"/> 傷病・疾病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院				
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳__判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級				
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護(続柄:) <input type="checkbox"/> 介護(続柄:)				
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急(要保護等)					
<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居(市内 市外:) <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他					

◇父母以外の同居者の状況 <<65歳以上の同居者については記入不要です>> (令和3年4月1日現在)

同居者の状況	氏名	新城 一郎	年齢	64歳	児童との続柄	祖父
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(就学)している	勤務(通学)先: 〇〇商店				
	<input type="checkbox"/> 就労(就学)していない	理由:				
	氏名	新城 一子	年齢	60歳	児童との続柄	祖母
<input type="checkbox"/> 就労(就学)している	勤務(通学)先:					
<input checked="" type="checkbox"/> 就労(就学)していない	理由: 手足が不自由で就労できないため。(身体障害者手帳1級)					
氏名				続柄	叔母	
同居している方で、65歳以上(昭和31年4月1日以前生まれ)の方の記入は不要です。						
3歳未満児の申込の場合、記入された方の就労(内職)証明書等を提出していただく場合があります。						
<input type="checkbox"/> 就労(就学)している						
<input type="checkbox"/> 就労(就学)していない						

◇児童の状態

※ 生	分娩状況	<input type="checkbox"/> 安産 <input checked="" type="checkbox"/> 難産 (帝王切開)		各欄、お子さんの様子をご記入ください。
	出産状態	・体重 3050 g	・在胎週数 4	
育 歴	<input type="checkbox"/> 母乳 <input checked="" type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク		・離乳開始 (5) か月	・卒乳 (14) か月
	・首のすわり (3 か月)		・寝返り (5 か月)	・お座り (6 か月)
・人見知り (か月・(無))		・歩行開始 (1 歳 か月)	・言葉の始め (12 か月)	
既往 歴	<input checked="" type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他大きな病気・けが		病名: 肺炎	(平成 31 年 4 月頃)
けが: 左足骨折		(令和 2 年 5 月頃)		
か ら だ の 状 態	利き手	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	アレルギー対応食が必要な場合は、他に提出書類があります。 こども未来課栄養士へご相談ください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医師に診てもらっている病気 (花粉症)			
	<input type="checkbox"/> 目 (右・左) の異常 ()			
	<input type="checkbox"/> 耳 (右・左) の異常 ()			
<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位:)				
<input checked="" type="checkbox"/> ひきつけたことがある (1 回位) 最近: 平成 1月 (熱を伴う・伴わない)				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
栄 養	<input type="checkbox"/> 普通食 (偏食状況:)		<input checked="" type="checkbox"/> アレルギー対応食 (除去食品: 小麦・卵)	
	<input checked="" type="checkbox"/> エピペンを処方 (予定) されている			
接 種 歴	* 離乳食必要者のみ <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (ml× 回) <input type="checkbox"/> 牛乳 (開始 か月頃)			
	離乳食の進み具合 1日 回食: 状態 <input type="checkbox"/> つぶしがゆ <input type="checkbox"/> 軟食 () <input type="checkbox"/> 大人と同じ			
医 療 機 関	<input checked="" type="checkbox"/> BCG <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 (1回・2回・3回・ 追加)		<input checked="" type="checkbox"/> 水ぼうそう (1回・ 2回)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ (1回・2回・3回・ 追加)		<input checked="" type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・ 追加)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR) (I期・ II期)		<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回・2回・ 追加)	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (おたふく) ・ B型肝炎 ・ その他:)			
医 療 機 関	・ かかりつけの病院		医療機関名: <u>鳳来こどもクリニック</u>	
	・ かかりつけの医師		医師氏名: <u>鳳来 太郎</u>	
	・ 医療保険証		名称: <u>〇〇健康保険組合</u>	
			記号: <u>1234</u> 番号: <u>56789</u>	
現 況	<input checked="" type="checkbox"/> 自 家 (主に見る人: 母) <input type="checkbox"/> 他 家 (主に見る人:)			
	<input type="checkbox"/> 勤務先同伴 ()		<input type="checkbox"/> 他施設 (施設名:)	
備 考	健康上特に留意、希望すること等を記入ください			
	<u>花粉 (スギ) の時期になると鼻水がでて、目がかゆくなる</u>			
同意する又は同意しないのどちらかにチェックをしてください。				

◇児童の健康診断結果の閲覧について (※新規に入園する児童のみ記入してください)

児童の発達を確認するため、保健センターで実施した健康診査の結果について、こども未来課で閲覧することに同意しますか。

同意する

同意しない