

【世帯の状況について】

住居等	令和6年1月1日現在の住所 ※令和6年1月2日以降に大山崎町へ転入された方のみ記入してください		
世帯について ※該当する場合のみ☑を記入ください	【世帯状況】		【確認・記入事項】
	<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭	①いわゆる事実婚となる相手の方がおられる場合については、左記の☑の対象とはなりません。 ②事実婚となる相手の方と同居されている場合は、必ず裏面世帯構成員の欄に氏名等を記入ください。 ③保育料算定については、事実婚となる相手の方の市町村民税額を含み算定されます。 (事実婚となる相手の方の市町村民税課税証明書の提出が必要となる場合があります。)
	<input type="checkbox"/>	在宅障がい児(者)のいる世帯	対象者氏名 <input type="text"/> 障害者手帳等の証明できる書類の写しを提出してください。
	<input type="checkbox"/>	生活保護世帯	

【児童の保育状況について】 (該当する番号・箇所には○又は☑、内容を記入してください)

入所前の児童の状況について (1~6のいずれかを選択)	1	自宅で保育	選択→	父・母	4	委託	選択→	親族(続柄:)・知人	
	2	同伴就労	選択→	父・母	5	保育所等	記入→	名称 <input type="text"/>	
	3	職場内託児所	選択→	父・母	6	その他	記入→	詳細 <input type="text"/>	
申込時点において保護者のいずれかで育児休業取得中の場合は☑を記入ください							<input type="checkbox"/>	対象者	父・母
入所保留となった場合の代替手段について、上記の番号より選択してください			選択	1・2・3・4・5・6				育児休業の取得延長をする場合は、右欄口には☑を記入ください。	<input type="checkbox"/>

【児童の健康状況について】 (該当する箇所には○又は内容を記入してください)

生育暦	出産時異常	無・有	有の場合	現在の状態		
出生時体重	g		妊娠週数	週		
性格	内気・普通・活発					
健康状態	健康・やや弱い・病弱					
	治療中の病気もしくは経過観察の有無		有・無	有の場合	治療中・経過観察中	
	病名	症状				
	保育における留意事項					
	※子どもに治療中の病気もしくは経過観察が有りの場合は「集団保育が可能かどうかを記載した医師の診断書」の提出が必要となる場合があります。係員に申し出てください。					
	手術経験	無・有	有の場合	時期	年 月 日	病名
既往症	無・有	有の場合	時期	歳	内容	
健診	乳児前期健診	受けていない・受けた	受けた場合	指導事項の有無	無・有	有の場合【内容】
	乳児後期健診	受けていない・受けた	受けた場合	指導事項の有無	無・有	有の場合【内容】
	1歳半健診	受けていない・受けた	受けた場合	指導事項の有無	無・有	有の場合【内容】
	3歳健診	受けていない・受けた	受けた場合	指導事項の有無	無・有	有の場合【内容】
	発達相談を受けたこと	無・有	有の場合	相談内容		
療育	無・有	有の場合	療育機関名(利用頻度)		(回/週)	
障害者手帳	身体障害者手帳	無・有	有の場合	障がい名	等級	1・2・3・4・5・6
	療育手帳	無・有	有の場合	障がい名	等級	A・B
アレルギー	無・有		有の場合	原因物質	現在の状況	
	除去食の必要	無・有	有の場合	必要な対応		
	ｱﾌﾗｲｷﾝ-症状	無・有	有の場合	必要な対応		

【育児休業の延長に関する確認事項について】 (該当する場合は○をしてください。)

<input type="checkbox"/>	希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できます。
--------------------------	------------------------------------

※「○」をつけられると利用調整に当たっての調整点数を減点します。減点が不要の場合は絶対に「○」をしないでください。

※この確認事項は「減点するのみ」であり、保育施設が決定しないことを保証するものではありません。

調整を行い、希望する保育所等に対する申請状況によっては入所が決定する場合があります。□