

### 保育施設入園申込に係る調査票

西郷村長 様  
保育施設長 様

提出日 年 月 日

保育施設（保育所・認定こども園・小規模保育事業所）は、就労等で日中お子様の面倒を見る人がいない場合に、お子様をお預かりする施設です。この調査票は、お子様を適切にお預かりするため、及び保育料の算定に資するためにご提出いただくものです。記入漏れや記入内容に誤りが無いようにお気をつけください。  
記載内容に不備や虚偽がある場合には、入園承諾後であっても入園をお断りすることがございます。

利用申込児童氏名	( 年 月 日生)	保護者氏名	
----------	-----------	-------	--

◆利用申込児童の出産予定日はいつでしたか。 → 年 月 日

◆利用申込児童の健康状態等についてご記入ください。 ※以下の□（四角）にレ点を記入してください。

○疾患・障がいがありますか。

- ない
- ある

- 知的障がい
- 身体障がい
- 言葉の遅れ
- 疾患（疾患名： \_\_\_\_\_）

障がい者手帳はありますか。また、特別児童扶養手当は受給していますか。

- いいえ
- はい →  身体障がい者手帳（ \_\_\_\_\_ 級）
- 療育手帳（障がいの程度： \_\_\_\_\_）
- 精神障がい者保健福祉手帳（ \_\_\_\_\_ 級）
- 特別児童扶養手当（ \_\_\_\_\_ 級）

○アレルギー（食物・皮膚炎・結膜炎・鼻炎等）はありますか。

- ない
- ある

→ アレルギーの原因と症状は何ですか。

原因：  
症状：

→ 医師の診断を受けていますか。

- いいえ
- はい

→ 除去食が必要など、生活するうえで気を付けなければならない指示が出ていますか。

- いいえ
- はい

→ 医師の指示内容

※詳細にご記入ください。記入が難しい場合には、医師から渡されている指示書等の写しを添付してください。

→ アナフィラキシーショックはありますか。

- ない
- ある

→ 緊急時に備えた処方薬はありますか。

- ない
- ある →  内服薬
- アドレナリン自己注射（エピペン）
- その他（ \_\_\_\_\_）

○熱性痙攣・てんかん等の発作がおきたことはありますか。

- ない
- ある

→ 頻度：

○乳幼児健康診査・健康相談を受診していますか

- 受けている →  4～5か月  6～7か月  12～13か月  1歳6か月  3歳
- 受けていない（今後受ける場合を含む）

○予防接種を受けていますか

- 受けている

↓接種済みの種類の当てはまる回数に○を付けてください。

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| インフルエンザ菌b型（ヒブ）…（ 1回 2回 3回 追加 ） | B型肝炎…（ 1回 2回 3回 ）                           |
| 小児肺炎球菌…（ 1回 2回 3回 追加 ）         | 四種混合（ジフテリア/百日せき/破傷風/ポリオ）…（1期： 1回 2回 3回 追加 ） |
| BCG 麻しん/風しん…（ 1期 2期 ）          | 水痘…（ 1回 2回 ）                                |
| 日本脳炎…（ 1期： 1回 2回 追加 2期 ）       | ヒトパピローマウイルス…（ 1回 2回 3回 ）                    |
| ジフテリア/破傷風…（ 2期 ）               | ロタウイルス…（ 1回 2回 3回 ）                         |
| おたふくかぜ…（ 1回 2回 ）               | その他（ _____）                                 |

- 受けていない（今後受ける場合を含む）

○健康状態に関して知らせておきたい事などありましたらご記入ください（記入しきれない場合は、裏面余白等にご記入ください）。

西郷村記載帳票コード

--	--	--	--

※裏面もご記入ください※

◆送迎される方の勤務先等から、保育園までの送迎時間をご記入ください。

お父さん	片道	時間	分かかる
お母さん	片道	時間	分かかる
その他 ( )	片道	時間	分かかる
その他 ( )	片道	時間	分かかる

◆利用を希望する児童の現在の保育状況についてご記入ください。

- 父または母が保育中
- 同居又は近隣に住む祖父母・親戚が保育中 → 保育者の年齢： 歳 保育者の(児童からみた)続柄：
- 他の保育園や託児所、幼稚園などを利用中 → 施設名： ※一時利用の場合  (チェック)  
※認可外保育施設に預けている場合、施設が発行する直近3か月分の領収書または契約書の写しも添付してください(任意提出)。
- その他 → 保育状況：

◆祖父母の状況についてご記入ください(同居・別居に関わらず必ずご記入ください)。

	氏名(年齢)	住所	就労	備考
父方祖父	( 歳)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (勤務先： )	<input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別建物居住
父方祖母	( 歳)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (勤務先： )	<input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別建物居住
母方祖父	( 歳)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (勤務先： )	<input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別建物居住
母方祖母	( 歳)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (勤務先： )	<input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 同一敷地内別建物居住

◆出産のご予定はありますか。

- なし
- あり → 出産予定日： 年 月 頃  
→ 出産予定児童の入園希望はありますか。  
 なし  
 ある → 入園希望： 年 月 から ※出生後に、別途入園申込が必要です。  
入園が確約されているわけではありません。

◆生活保護に関する状況についてご記入ください。

- 生活保護を受給していない
- 生活保護を受給中 ( 年 月から)
- 生活保護を申請中

◆ひとり親に関する現在の状況についてご記入ください。

- ひとり親ではない
- ひとり親である ( 年 月 日から ひとり親の理由： )

◆令和5年(2023年)1月1日時点で、「住民票」があったのはどこですか。

- 利用申込児童の父母ともに西郷村
- 父母のうちいずれか一方は西郷村以外 → ( 父 母 → 都道府県市町村名： )
- 父母ともに西郷村以外 → (父 都道府県市町村名： )  
(母 都道府県市町村名： )

※令和5年(2023年)1月2日以降に転入した方は、保育料算定のため、マイナンバー連携により令和5年(2023年)1月1日時点で住民票のあった市区町村へ課税状況を確認させていただきます。別紙「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育園入園申込書」に必ずマイナンバーを記入してください。

◆令和6年(2024年)1月1日時点で、「住民票」があった、またはある予定なのはどこですか。

- 利用申込児童の父母ともに西郷村
- 父母のうちいずれか一方は西郷村以外 → ( 父 母 → 都道府県市町村名： )
- 父母ともに西郷村以外 → (父 都道府県市町村名： )  
(母 都道府県市町村名： )

※令和6年(2024年)1月2日以降に転入した方は、保育料算定のため、マイナンバー連携により令和6年(2024年)1月1日時点で住民票のあった市区町村へ課税状況を確認させていただきます。別紙「施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育園入園申込書」に必ずマイナンバーを記入してください。

◆同居家族(児童の父母・兄弟姉妹)に、身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方、または特別児童扶養手当の支給を受けている方はいますか。

- いない
- いる (児童からみた続柄： )

西郷村記載帳票コード

--	--	--	--	--