# 児童の状況申告書

あてはまる項目の□にチェック☑をし、（　　）に漏れのないように記入してください。申込児童が3人以上の場合はコピーしてお使いください。

＊裏面もご記入ください。

| 申込児童① | フリガナ | 申込児童② | フリガナ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 生年月日 | | 生年月日 | |

**1．現在の保育状況はどうされていますか**

□自宅で保育　□母 □父 □祖父母 □その他（　　）

□職場で保育

□区内認可保育園・認定こども園・区立幼稚園・地域型保育事業所に預けている

（預け先：　　）

（入所日：　　年　　月から/月　　時間利用）

□区外認可保育園、私立幼稚園、認証保育所・認可外保育施設等に預けている**※**

（預け先：　　）

（入所日：　　年　　月から/月　　時間利用）

□その他**※**　（　　）

**※預け先の受託証明書（区指定様式）をご提出ください**

**1．現在の保育状況はどうされていますか**

□自宅で保育　□母 □父 □祖父母 □その他（　　）

□職場で保育

□区内認可保育園・認定こども園・区立幼稚園・地域型保育事業所に預けている

（預け先：　　）

（入所日：　　年　　月から/月　　時間利用）

□区外認可保育園、私立幼稚園、認証保育所・認可外保育施設等に預けている**※**

（預け先：　　）

（入所日：　　年　　月から/月　　時間利用）

□その他**※**　（　　）

**※預け先の受託証明書（区指定様式）をご提出ください**

**2．入園できずに、空き待ちをする場合（選考に影響しません）**

□育児休業を延長する

□保護者が自宅で保育する

□ひきつづき、現在利用している施設に預ける

□認証保育所・認可外保育所等に預ける予定

（預け先：　　）

□認証保育所・認可外保育所等を申し込んでいる

（申込先：　　）

□一時保育・ベビーシッター等を利用する

□祖父・祖母・親戚・知人等に預ける

□職場保育

□未定

**2．入園できずに、空き待ちをする場合（選考に影響しません）**

□育児休業を延長する

□保護者が自宅で保育する

□ひきつづき、現在利用している施設に預ける

□認証保育所・認可外保育所等に預ける予定

（預け先：　　）

□認証保育所・認可外保育所等を申し込んでいる

（申込先：　　）

□一時保育・ベビーシッター等を利用する

□祖父・祖母・親戚・知人等に預ける

□職場保育

□未定

**3．育児休業中の方におたずねします（選考に影響しません）**

復職のご意向はどの程度ありますか

□　　年　　月までにかならず復職しなければならない

□保育施設等（認可外等含む）に入所が決まれば復職したい

□認可保育所に入所が決まれば復職したい

□できれば復職せず、育児休業を　（　　歳　　カ月）　まで取得し続けたい

□その他　　（　　）

**3．育児休業中の方におたずねします（選考に影響しません）**

復職のご意向はどの程度ありますか

□　　年　　月までにかならず復職しなければならない

□保育施設等（認可外等含む）に入所が決まれば復職したい

□認可保育所に入所が決まれば復職したい

□できれば復職せず、育児休業を　（　　歳　　カ月）　まで取得し続けたい

□その他　　（　　）

| 申込児童① | 申込児童② |
|---|---|
| **4．お子さまの健康状況についてお答えください** | **4．お子さまの健康状況についてお答えください** |
| (1) 妊娠期間（　　）週　出生体重（　　）g | (1) 妊娠期間（　　）週　出生体重（　　）g |
| (2) けいれんを起こしたことがありますか<br>☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、予防薬等の使用　☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、薬剤名<br>［　　］ | (2) けいれんを起こしたことがありますか<br>☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、予防薬等の使用　☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、薬剤名<br>［　　］ |
| (3) 食物アレルギーはありますか<br>☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、原材料名など<br>［　　］ | (3) 食物アレルギーはありますか<br>☐ ない　☐ ある<br>→ある場合、原材料名など<br>［　　］ |
| (4) 障がい・病気・発達・健康について<br>☐① 特に気になることはない<br>☐② 障がいがある（障害者手帳または愛の手帳の交付がある）<br>☐③ 慢性的な病気がある<br>☐④ 健康・発達などで気になることがある<br>☐⑤ 教育センター等の相談機関を利用したことがある<br>☐⑥ その他<br>→②~⑥にチェックの場合、病名、特性、症状、通院・利用施設など、なるべく詳細にご記入ください<br>［　　］ | (4) 障がい・病気・発達・健康について<br>☐① 特に気になることはない<br>☐② 障がいがある（障害者手帳または愛の手帳の交付がある）<br>☐③ 慢性的な病気がある<br>☐④ 健康・発達などで気になることがある<br>☐⑤ 教育センター等の相談機関を利用したことがある<br>☐⑥ その他<br>→②~⑥にチェックの場合、病名、特性、症状、通院・利用施設など、なるべく詳細にご記入ください<br>［　　］ |

## 海外出身の方はこちらを記入してください。(For everyone except for Japanese,please fill in the blank below)

日本語習熟度（Japanese language proficiency）

Please check ☑ in the box

| | | | |
|---|---|---|---|
| 父(Father) ： | ☐ Can read and write | ☐ Can converse | ☐ Unable to speak, read, or write |
| 母(Mother) ： | ☐ Can read and write | ☐ Can converse | ☐ Unable to speak, read, or write |
| 子①(Child①) ： | ☐ Can read and write | ☐ Can converse | ☐ Unable to speak, read, or write |
| 子②(Child②) ： | ☐ Can read and write | ☐ Can converse | ☐ Unable to speak, read, or write |

＊提出後、更に聞き取りや書類の提出をお願いする場合があります。