

# 申請児童状況票 (令和4年度)

新規・転園・広域

**記入日：令和 年 月 日 (必ず記入)**

保護者氏名	申請児童氏名	性別	生年月日
		男 女	年 月 日生

## 1. 保護者の状況について (該当に✓)

父・母のいずれかが単身赴任している	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
昼夜交代の勤務がある	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
育児休業から復帰する	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 育児休業終了日： 年 月 日

## 2. 祖父母の状況について (該当に✓)

区分		同居・別居等の別	住所	就労等の状況
父方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別	市・区 町・村 町	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別	市・区 町・村 町	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
母方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別	市・区 町・村 町	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離別	市・区 町・村 町	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 3. 現在の児童の状況について (該当に✓)

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 別居の家族 <input type="checkbox"/> 認可外保育所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
アレルギー有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
児童の健康状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ( )
乳幼児健診での指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
通院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名等： 病院名： )
障がい、病気・事故の後遺症等 がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名・障がい名： )
心身の発達(言葉のおくれ)等 気になることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
その他特記事項があれば記入し てください	