

# 申請児童状況票 (令和8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 復帰日： 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✓) ※保育の参考とするため、具体的にご記入ください

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 ( )
児童の健康状態に配慮が必要なことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名等： 病院名： )
乳幼児健診での指摘事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
障がい、病気・事故の後遺症等がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (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"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
その他特記事項があれば記入してください	