**保育所入所申込書兼家庭状況調査書**

　　年　　月　　日

保護者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 〶

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話（自宅）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯）　　　　　　　　　　　　　(父)

（携帯）　　　　　　　　　 　　 　(母)

富　谷　市　長　　あて

◇保育所への入所について次のとおり申し込みます。　※年齢は、令和８年４月２日現在で記入して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所児童 | 氏　名（ふりがな） | 生　年　月　日 | 年　齢 | 性　別 |
|  | 　　年　　月　　日生 | 　　歳 | 男・女 |
| 兄弟の有無 | ①未就学児の兄弟の保育所申込　　**□有**（ 継続　・　新規 ）　**□無**②　①で有の場合の兄弟氏名　　　　　　　　　　（　　歳）　　　　　　　　　　（　　歳） |

１　家庭状況調査書　　＜　父母の状況　＞　※父・母それぞれ該当する項目を記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 外　　　　　　　　勤 | 勤務先名 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 勤務形態 | １．常勤　　２．パート　　３．その他 | １．常勤　　２．パート　　３．その他 |
| 労働日数 | 日　（１ケ月当り） | 日　（１ケ月当り） |
| 労働時間 | 時間　（　平　日　）平日（　　　：　　　～　　　：　　　）土曜（　　　：　　　～　　　：　　　） | 時間　（　平　日　）平日（　　　：　　　～　　　：　　　）土曜（　　　：　　　～　　　：　　　） |
| 変則勤務の場合 勤務時間　　　時間/週・月 | 変則勤務の場合 勤務時間　　　時間/週・月 |
| 備考 | 　 |  |
| 自営　・　内職等 |  | １．中心 　　 ２．協力 　 　３．内職 | １．中心 　　 ２．協力 　 　３．内職 |
| 勤務先名 |  |  |
| 所在地 | 自　宅 ・ その他（　　　　　　　　） | 自　宅 ・ その他（　　　　　　　　） |
| 労働日数 | 日　（１ケ月当り） | 日　（１ケ月当り） |
| 労働時間 | 時間　（　平　日　）平日（　　　：　　　～　　　：　　　）土曜（　　　：　　　～　　　：　　　） | 時間　（　平　日　）平日（　　　：　　　～　　　：　　　）土曜（　　　：　　　～　　　：　　　） |
| 備考 |  | 　 |
| 従業員数 | １．夫婦のみ　　２．その他（　　　人） | １．夫婦のみ　　２．その他（　　　人） |
| 出産病気等 | □入院　　　□ねたきりの病人□通院　　　□心身障害□その他（　　　　　　　　　　　） | □入院　　　□ねたきりの病人□通院　　　□心身障害□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 病人の介護等 | 介護、入院の付添い等にあたる時間週　　日、１日　　時間 | 介護、入院の付添い等にあたる時間週　　日、１日　　時間 |

２　保育協力者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 父　　方 | 祖　　父 | 祖　　母 | 別居地の住所 | 母　　方 | 祖　　父 | 祖　　母 | 別居地の住所 |
| □同居　□別居　　　　　歳□死亡 | □同居　□別居　　　　　歳□死亡 |  | □同居　□別居　　　　　歳□死亡 | □同居　□別居　　　　　歳□死亡 |  |
| 同居又は近隣の場合の保育できない理由 |

３　児童の状況（該当するものに○をしてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 健康状況 | １．良好２．心配あり①「心配あり」とした人は、どの点についてですか？　　　　（該当するものに○をしてください。）　　　　　　・病気について（薬服用中）　　　　　　・言葉について　　　　　　・身体状況について　　　　　　・行動面について　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　②病院や専門機関に相談したことがありますか？・いいえ　　　　　・はい（相談機関名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　③市の保健師に相談したことがありますか？　　　　　　・いいえ　　　　　・はい（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の保育者（複数回答可） | １．父・母　　２．祖父・祖母　　３．その他の親族（　　　　　　　　　　）４．保育所（　　　　　　　　保育所）　５．その他（　　　　　　　　　　） |