

(1) 保育所等実施継続に関する確認

下記内容を確認し、確認ができた項目に対して確認欄にチェックをしてください。

番号	確認項目	確認欄
①	入所継続届の内容に虚偽があった場合は、保育の実施継続を取消することがあります。	<input type="checkbox"/>
②	提出していただいた書類の内容について、電話や訪問等により確認させていただくことがあります。	<input type="checkbox"/>
③	保育所等入所要件に該当しなくなった場合は、退所になります。	<input type="checkbox"/>
④	保護者が退職や転職をした場合は、速やかに保育課までご連絡ください。退職後3ヵ月以内に就労しない場合は、原則退所となります。	<input type="checkbox"/>
⑤	保育所等への送迎時間は、就労時間及び通勤時間を基に園と調整し、時間は厳守してください。都合により遅れる場合等は必ず園に連絡をしてください。	<input type="checkbox"/>
⑥	保育料については、父母の前年の合算収入が103万円以下の場合は、同居の祖父母の税額で決定することがあります。	<input type="checkbox"/>
⑦	保育料は、納期限までに必ず納めるようにしてください。	<input type="checkbox"/>
⑧	育児休業を取得し継続入所となった場合は原則として保育短時間認定となりますので、速やかに保育課まで教育・保育給付認定変更申請及び就労証明書を提出してください。	<input type="checkbox"/>
⑨	保育料決定等のために必要な個人情報を閲覧すること、また提出した書類等の内容について利用する保育所等と情報を共有することに同意します。	<input type="checkbox"/>
本確認票の記載内容をすべて了承しました。		
		年 月 日 保護者氏名

(2) 児童調査票 ※入所継続を希望する児童のみ、ご記入ください。

必要箇所に記入、該当する口にチェックしてください。

出生歴 / 名前	第 子	第 子	第 子
乳幼児健診	受診したものにチェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10～12か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10～12か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10～12か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月
	様子をみるように言われたことなどはありますか。		
	具体的に	具体的に	具体的に
発達・発育	発達・発育に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか。		
	<input type="checkbox"/> ある (相談先) (相談・助言内容)	<input type="checkbox"/> ある (相談先) (相談・助言内容)	<input type="checkbox"/> ある (相談先) (相談・助言内容)
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()
病気・持病・障害	現在(過去)に定期的な通院や入院をしたことがありますか？		
	<input type="checkbox"/> ある 通院(歳 ヶ月頃 / 月 回程度) 入院(歳 ヶ月頃 / 期間 日間)	<input type="checkbox"/> ある 通院(歳 ヶ月頃 / 月 回程度) 入院(歳 ヶ月頃 / 期間 日間)	<input type="checkbox"/> ある 通院(歳 ヶ月頃 / 月 回程度) 入院(歳 ヶ月頃 / 期間 日間)
	(病名 / 病院名)	(病名 / 病院名)	(病名 / 病院名)
	持病や治療中の病気はありますか。(ぜんそくや心臓疾患、熱性痙攣など)		
	<input type="checkbox"/> ある 病名() 症状()	<input type="checkbox"/> ある 病名() 症状()	<input type="checkbox"/> ある 病名() 症状()
	現在、服薬をしていますか？		
	<input type="checkbox"/> ある (回数 回/日) (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前) (くすりの名称)	<input type="checkbox"/> ある (回数 回/日) (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前) (くすりの名称)	<input type="checkbox"/> ある (回数 回/日) (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前) (くすりの名称)
	障害者手帳をお持ちですか？		
<input type="checkbox"/> ある (級)(障害名)	<input type="checkbox"/> ある (級)(障害名)	<input type="checkbox"/> ある (級)(障害名)	
療育手帳をお持ちですか？			
<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)	
アレルギー	アレルギーはありますか。		
	<input type="checkbox"/> あり アレルギーの原因 ()	<input type="checkbox"/> あり アレルギーの原因 ()	<input type="checkbox"/> あり アレルギーの原因 ()
	ありの場合、受診はしましたか。		
<input type="checkbox"/> あり (病院名)	<input type="checkbox"/> あり (病院名)	<input type="checkbox"/> あり (病院名)	
症状及び必要な対応を詳しく記入してください。			
症状及び必要な対応を詳しく記入してください。			
症状及び必要な対応を詳しく記入してください。			
その他	その他、健康や発育について気になることをお書きください。		