

2025年度 とことこ保育室みんなのとことこ 定期利用保育 申込書

() 歳児

提出日： 年 月 日

申込保護者氏名

次のとおり利用の申込みをします。

児童氏名		生年月日 (西暦)		親子写真
フリガナ	男 女	年	月 日	
児童の兄弟姉妹の年齢	才	才	才	
自宅住所	〒			
自宅電話番号				
父	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
母	(氏名)	(年齢)	才	
	(携帯番号)			
保育を必要とする理由 (○を付けてください。複数可) 就労・ 疾病 (診断名:) ・ 求職 ・ 妊娠 出産 (出産予定日:) 介護 看護 (どなたか:) ・ その他 ()				
入所希望月	年 月 から		希望時間	9:00~(:)
			希望曜日	(希望する曜日に○) 月 火 水 木 金
			その他 (週2どころでもなど)	

とことこの定期的な保育の複数申込み 無し 有り
 有りの方は () の中に利用希望順位をご記入ください。() 定期利用保育 () 保育室だけでも通園 () ひろばだけでも通園 () あひるの会

◆認可園申し込み状況 未提出 提出済

提出済の方 (4月入所 一次 二次 / 年度途中 () 月 ~)

◆父の状況

就労 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 自 勤 営	勤務先名	電話番号 ()		
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務		
	勤務時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで		
	休日	曜日		
その他	求職中又は他の状況.....			
	状況について・備考.....			
	必要時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで		

◆母の状況

就労 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 自 勤 営	勤務先名	電話番号 ()		
	所在地	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務		
	勤務時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで		
	休日	曜日		
その他	求職中又は他の状況.....			
	状況について・備考.....			
	必要時間	平日 時 分から 時 分まで、土曜 時 分から 時 分まで		

◆その他 特別なご事情などありましたらご記入ください。

お子さんについてご記入下さい

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日

♡ 健康状態

1. 食べものなどでアレルギー症状が出たことがありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、どんな症状ですか？また、アレルギー診断は出ていますか？
(診断: あり ・ なし)
2. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ [いいえ ・ はい (今までに _____ 回)]
「はい」の方は、どんな状態でひきつけましたか？また、最後のひきつけはいつですか？
(最後のひきつけ _____)
3. 脱臼をしたことがありますか？ (「肘内障」と言われたことがありますか) [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、 (いつ) _____ (部位) _____ 右 ・ 左
4. 現在治療中、経過観察中の病気および、既往症がありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、病名をお書きください。
(_____)
5. 病気のことで治療や相談していた病院や施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]
「はい」の方は、病名、症状をお書きください。
(病名: _____ 症状: _____ 施設名: _____)
6. お子さんの発達のことと相談している病院や療育施設、公共機関はありますか？ [いいえ ・ はい]
(相談内容: _____ 施設名: _____)
7. 身体障がい者手帳・愛の手帳をお持ちですか？ [いいえ ・ はい]

♡ 健診受診状況

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| ・1か月児健康診査[受けた・受けていない] | ・9～10か月健康診査[受けた・受けていない] |
| ・3～4か月健康診査[受けた・受けていない] | ・1歳6か月健康診査[受けた・受けていない] |
| ・6～7か月健康診査[受けた・受けていない] | ・3歳児健康診査[受けた・受けていない] |

*その時、相談したことや指導を受けたことはありますか？[ない・ある]

(_____)

♡ 保護者の方の状況

子育ての事や、ご自身の事で、定期的に相談している機関(市役所子ども家庭支援センター、保健センターなど)はありますか？

「はい」の方は、機関名をご記入ください。

(機関名: _____)