

区収受欄	
------	--

保育の利用申込書（出産予定者用）

目黒区福祉事務所長 宛て

令和 年 月 日

子の出生に伴い、出産予定として申込みしていた申込内容に以下の内容を追加して申し込みます。

申込者（保護者）

住 所	目黒区		
ふりがな 氏 名		電 話	自 宅 ()
			父：携帯 ()
			母：携帯 ()

児 童 1	ふりがな 氏 名		性別	生年月日
			男・女	令和 年 月 日
日中の 保育状況	1 右記に預けている 2 母親・父親が保育している 3 勤務先に連れて行っている 4 祖父母等が保育している (同居・別居)(児童宅・その他) 5 その他 ()		預 け 先 ※受託証明書を添付(受託先が三親等以内の親族、受託頻度が週3日1日4時間に満たない、又は無償の場合は不要)	
健康状態	<input type="checkbox"/> アレルギー体質がありますか 1 ない 2 不明 3 ある ⇒ 症状・除去食など () <input type="checkbox"/> 継続的に通院治療等をしていますか 1 いいえ 2 はい <input type="checkbox"/> お子様の発育面で気になることはありますか 1 いいえ 2 はい		「はい」の方は、 <u>児童の健康状況申告書(裏面)</u> をご記入ください。	

児 童 2	ふりがな 氏 名		性別	生年月日
			男・女	令和 年 月 日
日中の 保育状況	1 右記に預けている 2 母親・父親が保育している 3 勤務先に連れて行っている 4 祖父母等が保育している (同居・別居)(児童宅・その他) 5 その他 ()		預 け 先 ※受託証明書を添付(受託先が三親等以内の親族、受託頻度が週3日1日4時間に満たない、又は無償の場合は不要)	
健康状態	<input type="checkbox"/> アレルギー体質がありますか 1 ない 2 不明 3 ある ⇒ 症状・除去食など () <input type="checkbox"/> 継続的に通院治療等をしていますか 1 いいえ 2 はい <input type="checkbox"/> お子様の発育面で気になることはありますか 1 いいえ 2 はい		「はい」の方は、 <u>児童の健康状況申告書(裏面)</u> をご記入ください。	

5 けいれんやひきつけの既往		
<input type="checkbox"/> あり(歳 か月頃) 診断名:	<input type="checkbox"/> 発熱あり	℃で 回 <input type="checkbox"/> 発熱なし
<input type="checkbox"/> なし		
6 医療的ケアの必要性		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 吸引(<input type="checkbox"/> 鼻口 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他:)		
<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> その他:)		
<input type="checkbox"/> 導尿		
<input type="checkbox"/> 酸素吸入・管理		
<input type="checkbox"/> 糖尿病対応(インスリン注射、血糖値管理等)		
<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱		
<input type="checkbox"/> 薬剤投与		
<input type="checkbox"/> その他()		
7 アレルギー等		
アレルギーの種類()		
症状:		
対応	<input type="checkbox"/> 除去食	<input type="checkbox"/> 薬品使用()
8 与薬		
薬品名()		
与薬回数、方法等()		
9 相談している機関等があれば記入してください		
機関名・部署名()		
担当者名()		
10 通所施設や利用しているサービスがあれば記入してください		
通所施設() ()		
訪問診療()		
訪問看護() ()		
作業療法() 理学療法()		
言語療法() 摂食指導()		
その他()		
11 手帳の有無について ※手帳をお持ちの場合は手帳の写しをご提出ください		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)		
<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛の手帳(度)		
12 手当等の受給について		
<input type="checkbox"/> 心身障害者福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当		
<input type="checkbox"/> 児童育成手当一障害手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当		

児童の健康状況申告書の内容については入所選定会議や利用(入所)が内定した保育施設等へ情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名