

保育所等申し込みに係るアンケート(1)

記入日: 令和 年 月 日

申込児童氏名: _____ (生年月日: 年 月 日)

申し込みにあたり、該当する項目にシ点、または必要事項を記入してください。
 回答内容は岡垣町個人情報保護条例関係諸規定に基づき、適切に取り扱われます。
 入所選考及び入所後における保育実施の参考としてのみ利用するものであり、これら以外の目的のために利用することはありません。
この回答内容のみで入所可否を決定するものではないため、実態に相違なくご回答ください。

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| 現在の 保育状況 | <input type="checkbox"/> | 家庭内で保育(保育者: _____) |
| | <input type="checkbox"/> | 父母の実家等で保育(父母の実家市区町村名: 父 _____ 母 _____) |
| | <input type="checkbox"/> | 自宅外に預けている(届出保育施設 / 幼稚園 / その他 施設名: _____) |
| | <input type="checkbox"/> | 勤務先へ同伴(支障がある場合その内容: _____) (例)薬品があり危険 など |
| | <input type="checkbox"/> | その他(_____) |
| 保育所に 入所できなかった 場合 | <input type="checkbox"/> | 他の施設に預ける(届出保育施設 / 幼稚園 / その他 施設名: _____) |
| | <input type="checkbox"/> | 親族に預ける(氏名: _____ 続柄: _____) |
| | <input type="checkbox"/> | 育休を延長する |
| | <input type="checkbox"/> | その他(_____) |
| 慣らし保育 について | (1) | 入所後、一定期間(1ヵ月程度)の「慣らし保育(※1)」が必要となりますが、 慣らし保育にあたって問題がある場合は記入してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) |
| | ※1 | 「慣らし保育」とは集団生活への適応等を目的として、通常の保育よりも短い時間に限定して行われる保育のことで、この期間中は通常よりも早い時間での保護者の方のお迎えが必要になります。 |
| | (2) | 慣らし保育期間は、どなたが迎えに来られますか (氏名: _____ 続柄: _____) (氏名: _____ 続柄: _____) |
| 延長保育 について | (3) | 入所後、延長保育の利用見込みはありますか(※2) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ※2 | 延長保育の利用見込みを「無」とした場合であっても、入所後、延長保育を利用できないわけではありません。(保育時間は基本的に、保護者の方の通勤時間+勤務時間で) 延長保育は、保護者の方のお仕事の残業や渋滞、事故、悪天候等によりお迎えが困難な方の利用が原則です。 |
| 保育料等の 算定に係る 確認について | (4) | 同一世帯から幼稚園に通園しているお子さんはいますか(※3) <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | (5) | 同一世帯に在宅する障害者(児)はいますか(※3) <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | ※3 | 同一世帯から幼稚園に通園しているお子さんや在宅障害者(児)がいる場合、保育料が減額または免除となる場合があります。 |
| 送迎について | (6) | 急病等の場合、どのくらいの時間内で家族が迎えに来られますか <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 1時間 <input type="checkbox"/> その他: _____ 時間 _____ 分 |

保育所等申し込みに係るアンケート(2)

記入日: 令和 年 月 日

申込児童氏名: _____ (生年月日: 年 月 日)

| | | | |
|---------------------|------|---|--|
| 入所を申し込む お子さんについて | (1) | 生まれた時の体重は何グラムですか (g) | |
| | (2) | 首がすわったのはいつですか | <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ |
| | (3) | おすわりしたのはいつですか | <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ |
| | (4) | ハイハイしたのはいつですか | <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ |
| | (5) | 歩き始めたのはいつですか | <input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ |
| | (6) | 音や声のする方に向きますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | (7) | 言葉を1～2語、正しくまねますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ |
| | (8) | 「ワンワン キタ」「マンマ チョウダイ」などの2語文を言えますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ |
| | (9) | 赤、青、黄、緑がわかりますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ |
| | (10) | ごっこ遊びをすることがありますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | (11) | 話し相手と目があいますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | (12) | 絵本やお話をしっかり聞くことができますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | (13) | (0～1歳児)哺乳瓶での授乳はできますか。 (0歳児の場合 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 両方) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | (14) | ストロー、コップ等で飲むことはできますか ストロー: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない / コップ: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | |
| | (15) | アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合、種類() | |
| | (16) | 障害者手帳等を持っていますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合 種類: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証等 | |
| | (17) | お子さんの健康・発育状態などについて心配なことはありますか また、町の健診等で何か助言されたことなどはありますか ※お子さんが、スムーズに集団生活に慣れ、保育所等で適切な保育を提供できるよう体制を整えるために非常に重要な情報です。是非ご記入ください。 | |