

令和5年度 加配保育利用申請書

(新規 ・ 継続) ※当てはまる方に○をつけてください。

令和 年 月 日

南城市福祉事務所長 殿

(保護者氏名)

(連絡先)

加配保育士配置を申請します。

フリガナ		性別	生年月日	入所(希望)年月日
児童氏名			年 月 日	年 月 日
住 所	〒			
園 名	現在 (歳児クラス) ・ 待機			

家 族 構 成 (本人以外)			妊 娠 中 ~ 出 生 時 の 状 況
氏 名	年 齢	職 業	* 妊娠中の経過 異常なし・異常あり () * 出生時体重 () g * 在胎週数 () 週 * 生まれてすぐ (1週間くらい) の状態 []

【 乳幼児期の状況 】	
* 首のすわり () ヶ月	* ハイハイ () ヶ月
* 歩き始め () ヶ月	* 言葉の始まり () ヶ月
* 1歳半健診の結果 問題なし ・ 相談→ []	[]
* 3歳児健診の結果 問題なし ・ 相談→ []	[]
* 乳幼児期に気になったこと (いつ頃、どんなことが) []	[]

【 現在のお子様の様子 】
食事： 排泄： 着脱： 睡眠： 言葉の理解、表現： その他、発達面で気になること：

【 申請に至った経緯・加配保育の必要性 】

【 お子様の医療機関受診歴、診断等について 】

〈A〉 発達面の遅れが気になる児童

1. 受診歴: あり ・ なし
2. 受診に至った経緯

3. 医療機関名
4. 初回受診時期
5. 診断名
6. 定期受診の必要性: あり () ヲ月毎 ・ なし

〈B〉 身体に障害がある児童または医療的ケアを要する児童

1. 診断名

2. 障害状況（身体機能の障害、発作等）

3. 医療的ケアの内容／実施頻度（時間帯等） ※医療的ケアがある場合のみ

4. 医療機関の受診状況

医療機関名	診療科	受診内容	受診頻度
①			毎
②			毎
③			毎

3. 主治医は集団保育が可能と判断していますか。
 ・ はい ・ いいえ

4. 主治医より日常生活における注意事項や制限事項等の指示があればご記入
 ください。

5. 訪問看護・訪問リハ・その他療育等の利用状況