ファーストバースデーサポート事業に係る申請書兼１歳子育てアンケート

提出方法：**電子申請**または郵送申請（郵送代は自己負担となります）

提出期限：令和７年３月３１日までに生まれた方：１歳６か月**未満**（１歳６か月に達する日の前日まで）

令和７年４月１日以降に生まれた方：２歳**未満**（２歳に達する日の前日まで）

※郵送の場合は余裕をもってご申請ください。

記入日：令和　　年　　月　　日

申請者(養育者)	氏　名（カナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿　　続　柄：父・母・その他（　　） 生年月日：（西暦）　　年　　月　　日
住所	江戸川区
メールアドレス	※このメールアドレス宛にギフト ID 等が送付されますので、大文字や小文字等の間違いがないように記載してください
電話	

◆ **申請日時点で、同じ世帯に住民登録があり、家計を同一にしている 18 歳未満のお子さんを、年齢の大きい方から順に全員分記入してください。ファーストバースデーサポート事業の対象になる１歳のお子様にチェックをつけてください。**

例）18 歳、9 歳、1 歳の子がいる家庭の場合。

18 歳⇒カウント（記載）しない、9 歳⇒第 1 子、1 歳⇒第 2 子 となります。

対象	
□	氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日：(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歳＿＿か月)
□	氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日：(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歳＿＿か月)
□	氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日：(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歳＿＿か月)
□	氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日：(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歳＿＿か月)
□	氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日：(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿歳＿＿か月)

＊　裏面のアンケート記入も忘れずにお願いします。すべての記入がある方に、ギフトをお送りします。

【提出先】〒132－8507　東京都江戸川区中央４－24－19
江戸川区健康部健康サービス課母子保健係　あて
【お問合せ】０３－５６６１－２４６６（母子保健係）

区受付印欄

ファーストバースデーサポート事業　１歳子育てアンケート

◆　養育者の健康についておたずねします。

1.養育者の体調はいかがですか？

1　問題ない（母）　2　疲れやすい（母）　3　眠れない（母）　4　食欲がない（母）
5　問題ない（父）　6　疲れやすい（父）　7　眠れない（父）　8　食欲がない（父）
9　その他（　　）

◆　お子さんの育児についておたずねします。

2.育児をする中で悩んだり、心配していることはありますか。あてはまるものに○をつけてください。

1　悩みはない　2　発育について　3　発達について　4　しつけについて　5　きょうだいについて
6　家庭内の育児環境について（6-1 協力が得にくい　6-2 ギャンブル・酒・薬の問題　6-3 経済的な問題　6-4 家族の病気や障害）
7　その他（　　）

◆　あなたを支えてくれる協力者についてお聞きします。

3.あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人や機関はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1　配偶者・パートナー　2　親やきょうだい　3　友人　4　近所の人　5　かかりつけ医　6　保育園・保育ママ・幼稚園
7　児童相談所　8　保健師（健康サポートセンター）　9　インターネット　10　誰もいない
11　その他（　　）

4.今までに活用した育児サービスで有益だったものはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1　妊娠届出時のぴよママ相談（保健師との面接）　2　ハローベビー教室（両親学級）　3　パパとパートナーのための育児ゼミ　4　保健師・助産師による新生児訪問　5　産後ケア（宿泊型）　6　産後ケア（デイサービス型）
7　産後ケア（訪問型）　8　子育ておむつ定期便　9　離乳食講習会　10　歯育て教室　11　健康サポートセンターでの相談　12　ぴよナビえどがわ（子育て応援アプリ）　13　その他（　　）

◆　“体罰などによらない子育てハンドブック“の内容についてお聞きします。

5.保護者がしつけに際し、叩いたり、どなったりすることは体罰（虐待）となることを、今回のファーストバースデーサポート事業による　“体罰などによらない子育てハンドブック”を読む前から知っていましたか。

1　はい　2　いいえ

6.　“体罰などによらない子育てハンドブック”より参考になったものすべて○をつけてください。

1　“急いでいる時に限って、子供はぐずる。“時の関わり方。
2　“おもちゃの取り合い。わがままな子に育てたくない。”と思った時の関わり方。
3　“仕事でヘトヘト。家でもヘトヘト。愛より感情が爆発しそう。”と思った時の関わり方。
4　“お菓子売り場にくると、ぐずりだして困るのよね。”と思った時の関わり方。
5　その他（　　）

◆　最後に…

7.健康サポートセンターへ相談したいことがありますか？

1　いいえ　2　はい（内容：　　）
→　相談者の電話番号が、表面の申請者電話番号と異なる場合はご記入ください。
（　　続柄：　父　母　その他　　）

注意）「はい」に○をした方へは後日ご連絡させていただきます。ご連絡までに数日お時間をいただきますので、お急ぎの方は健康サポートセンターへ直接ご相談ください。なお、“いいえ”であっても内容によってはご連絡することがございます。