

# 一時預かり事業利用申込書(利用者台帳)

新規・更新  
20 年 月 日

流川こども園 様

一時預かりを利用したいので、関係書類を添えて、次のとおり申込みます。

名保 護 前 者	住 所	〒				
	名 前				電話	自宅 携帯
申込児童の家族の状況(同居している人全員について記入してください。)						
	名 前	申込児童との 続柄	性別	生年月日	勤務先(学校等の状況)	
					名 称	電話番号
申 込 児 童	フリガナ	本人	男・女	西暦 年 月 日 平成 年 月 日	/	
同 居 家 族 の 状 況			男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
			男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
			男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
			男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
			男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
送迎者名前		《送り》 《迎え》				
利 用 申 込 理 由	ア 非定型的保育 (月9日以内:利用理由 週3日以内のパート就労等) イ 緊急保育 (14日以内:利用理由 傷病、看護や介助、出産、冠婚葬祭等) ウ 私的理由による保育 (月9日以内:利用理由 育児負担の解消のためのリフレッシュ活動等) エ 待機児童等対応保育(月10日以上:利用理由 月9日を超える就労等)					
	(ア・イ・ウ・エ)の利用を希望します。(該当の記号に○をしてください。)					
	利用の理由は、次のとおりです。(できるだけ詳しく記入してください。)					
利用を希望する期間と日時等は、次のとおりです。 20__年__月__日から20__年__月__日までの期間。						
減 免	次に該当するので利用料の免除のため、証明書類※を添えて届け出ます。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯※1 <input type="checkbox"/> 前年度分市町村民税世帯のうち、前年分(1月から3月までの間においては前前年分)の所得税非課税世帯※2					
緊 急 連 絡 先	1	住所 名前・会社名等	電話番号			
	2	住所 名前・会社名等	電話番号			

※1 被保護者証明書(緊急時受診用)又は生活保護受給証明書

※2 前年分(1月から3月までの間においては前前年分)の所得税源泉徴収票又は税務署の受付印のある確定申告書の控え、及び前年度分市町村民税課税証明書等

# 児 童 の 健 康 状 況 表

児童名	(フリガナ)				男・女	生年月日				血液型			
						満年齢		歳		A・B・O・AB			
保険証	記号・番号				乳幼児医療・ ひとり親家庭 等医療の番号								

1 過去に大きな病気をしたことがありますか。

<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	⇒	はしか、風疹、百日咳、水痘瘡、おたふくかぜ、 肺炎、中耳炎、気管支炎、川崎病、リンパ腺炎、 小児喘息、ひきつけ、その他 ( )	かかった 時期 ( )	( )

2 現在の健康状態は

<input type="checkbox"/> 健康		病名 (症状)			
<input type="checkbox"/> 治療中	⇒	かかりつけの病院		TEL	-

3 歩行、視力、聴力、言語等に障害がありますか。

<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> ある	⇒	障害の部位 及 び 状 況

4 かかりやすい病気は

かぜ、腹痛、下痢、便秘、中耳炎、鼻炎、ひきつけ、だっきゅう、 歯痛、その他 ( )	
--	--

5 アレルギー体質ですか

1 アトピー性皮膚炎	2 薬アレルギー ( )
3 食事によるアレルギー ( )	4 その他 ( )

6 食事・習慣等

食事は一人で食べることが	1 できる	2 できない			
好きな食べ物 ( )	嫌いな食べ物 ( )				
排便は	1 おむつ	2 トレーニング	3 知らせる	4 自分でできる	
睡眠時間	時 ~		時		

7 その他特に注意して欲しいこと

20 年 月 日

記入者名前 \_\_\_\_\_