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。

保護者名前	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	勤務先(学校等の状況) 電話番号
申込児童	フリガナ	本人	男・女	西暦　年　月　日		
同居家族の状況			男・女	西暦　年　月　日		
			男・女	西暦　年　月　日		
			男・女	西暦　年　月　日		
			男・女	西暦　年　月　日		
			男・女	西暦　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。
□　生活保護受給世帯※1
□　前年度(9～3月は今年度)、市町村民税非課税世帯※2
□　保護者が里親である世帯※3

同意

□　この申込において、小学校、他の特定子ども・子育て支援提供者その他の機関に関して、施設等利用給付認定こどもに関する情報を提供されることに同意します。

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　前年度分(9～3月は今年度)市町村民税課税証明書等
※3　里親であることを証明する書類

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 Rh　＋・－

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。

ない

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、リンパ線炎、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

健　康

治療中　⇒

病名（症状）	
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。

ない

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

記入者氏名