

一時預かり保育申請書

年 月 日

うみの風こども園 園長殿

下記通り、一時預かりの利用を申請します

保護者氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

児童氏名	ふりがな	続柄	
		性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	クラス	歳クラス
利用日	西暦 年 月 日 (曜日)		
利用時間	時 分 ~ 時 分		
一時預かり保育を必要とする理由 (具体的に)			

■保護者について

住所	〒 -					
	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	勤務先又は学校	勤務先電話番号	携帯電話
家族状況						
利用の目的	<input type="checkbox"/> 保護者の就労や準備等 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ <input type="checkbox"/> 保護者の用事 <input type="checkbox"/> こども園での生活や多様な体験をさせたいため <input type="checkbox"/> その他 ()					

■緊急連絡先

連絡順	氏名(ふりがな)	続柄	性別	緊急連絡先
1				
2				
3				

■同意項目

- ・登録時の提出書類、利用当日の持ち物のご準備が揃っていない場合は受け入れできません。
- ・行事などの理由で受け入れをお断りする場合があります。
- ・37.5℃以上の熱がある場合には受け入れできません。
- ・預かり中に発熱や体調不良の場合は速やかにお迎えに来て頂きます。
- ・事前に「一時預かり保育申請書」を提出し、利用料金は当日前払いとし、延長のあった場合はお迎え時に清算する事とします。

以上の事に同意いただいたうえで、一時預かりの利用登録を申し込みします。

年 月 日 申込者

印

■提出書類・持参いただく持ち物

一時預かり保育利用登録申し込み・同意書 一時預かり申請書

母子手帳 印鑑(認印) 保険証 乳児医療証の写し

【施設の確認欄】

説明面談	申込書	母子手帳	印鑑	保険証	書類一式

一時預かり保育利用登録申し込・同意書

登録日

令和 年 月 日

■登録お子さんについて

児童の名前	ふりがな		性別	血液型
			男・女	型
生年月日	西暦 年 月 日 申し込み時： 歳 ヲ月			
出生体重		cm	平熱	℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因食品・物質名 () <input type="checkbox"/> 植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応有 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヲ月頃) エピペン所持 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
熱性痙攣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数(約 回 初回： 歳 ヲ月・最後： 歳 ヲ月) ダイアアップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
健康診断	受診歴 <input type="checkbox"/> 4ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 10か月検診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 指摘事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容：)			
その他健康	現在、通院・経過観察中の病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に：) 大きな病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名： 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 () 日常生活 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
成長の様子	首が座った時期 (ヲ月) 寝返りをした時期 (ヲ月) ハイハイをした時期 (ヲ月) 歩き始めた時期 (ヲ月) 単語を話した時期 (歳 ヲ月) 2語文を話した時期 (歳 ヲ月)			
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(託児経験 <input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2~5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用)			