様式第1号(第6条関係)

(表)

一時預かり利用登録申込書

年　　月　　日

　日南町長　　　　様

保護者　住所

氏名　　　　　　　　印

電話番号　　(　　)

本人の署名であることが確認できる限り、押印を省略できます

　次のとおり、一時預かり事業の利用を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童名 | 性別 | 年齢 |
| 　 | 男　・　女 | 歳　　　　　月年　　月　　日生 |
| 　(利用申込みする具体的理由)　　　　　　　○就労(パート)・習い事のため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○地域活動・ボランティア活動のため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○家族(　　　　　　　)の病傷のため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○心理的・肉体的負担の解消のため |
| 利用期間 | 　　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 保育時間 | □　一日　　□　半日□　不定(　　　　　) | 利用形態 | 週　　回程度(　　曜日)月　　回程度(不定型) |
| 　 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 勤務先(連絡先) | 備考 |
| 家族の状況(世帯員) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※調査・決定 | 利用の可否・理由 | 　備考 |
| 可　　　・　　　否1　上記のとおり認める2　下記の理由で、一時預かりの要件に該当しないため　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)年　　月　　日　承諾　　　　　　　　印　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

(裏)

|  |
| --- |
| 身体の状況等 |
| ①　アレルギーがありますか　　　1　いいえ　　　2　はい(アトピー・ぜんそく・その他：　　　　　　　　　　)　　　　　　　制限食品　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②　熱性けいれん(ひきつけ)　　　　　歳　　　月のとき　　・今まで　　　　　　回　　　何度以上になったらなど具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その場合の対応について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③　脱臼しやすい　　　　　　　　右手・左手・両手④　これまでに、大きな病気やけがをしたことがありますか　　　1　いいえ　　　　2　はい(　　　　　　　　　　　　　　)⑤　かかりつけの病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話⑥　保険証の記号番号 |
| 　 | 記号 | 　 | 番号 | 　 | 　 |
| ⑦　その他　保育中、特に気をつけて欲しいこと |