

## 一時保育利用申込書兼保育児童台帳

和 寒 町 長            様

	申込年月日	年   月   日
保護者	住所	
	氏名	⑤

- 次のとおり、一時保育の利用を申し込みます。
- 次のとおり、法第30条の4第2号及び第3号に係る子育てのための施設等利用給付認定の申請をします。  
 利用給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。

利用する児童	氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日  年 月 日	年齢  歳	性別  男・女	備考
利用保育所名	和寒町保育所	利用希望日 年月日～年月日 日間( )	保育時間	時 分～時 分 (4時間未満・4時間～8時間)	
保育を受けたい理由	続柄 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・入院 <input type="checkbox"/> 災害・事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他( )		続柄 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・入院 <input type="checkbox"/> 災害・事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他( )		
緊急時の連絡先	続柄	続柄	続柄		

○入所児童の家族の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話番号	備考
入所児童の世帯員			. .		-	
			. .		-	
			. .		-	
			. .		-	
			. .		-	
生活保護の状況		適用なし      適用あり (      年 月 日保護開始)				

-----  
 \*町記載欄

審査	利用給付認定      可・否	一時保育利用      可・否
認定区分	<input type="checkbox"/> 満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号) <input type="checkbox"/> 満3歳に達する日以後の最初の3月31日までであり、かつ市町村民税非課税世帯に該当(第3号) <input type="checkbox"/> 上記以外	

# 健康・生活状況確認票

○ あてはまる項目に✓をつけカッコ内に記入してください

<input type="checkbox"/> アレルギー体質（	※アレルギー検査実施		年	月
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん（	年	月	<input type="checkbox"/> 夜尿症	<input type="checkbox"/> 爪かじり
<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい（肩・肘・	）	<input type="checkbox"/> ひきつけ	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり	
<input type="checkbox"/> 便秘がち		<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 左利き	
<input type="checkbox"/> 下痢しやすい		<input type="checkbox"/> 貧血または過去に貧血と診断を受けた		
<input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい		<input type="checkbox"/> その他（	）	
平熱	度	分	食物アレルギー	【有（
				）・無】
			年	月検査

○ 今までにかかったことのあるもの

麻疹（はしか）	歳	ヶ月	流行性耳下腺炎（おたふく）	歳	ヶ月
風しん（三日はしか）	歳	ヶ月	中耳炎	歳	ヶ月
水痘（水ぼうそう）	歳	ヶ月	その他（	）	歳
					ヶ月

○ 予防接種

インフルエンザ菌b型(Hib)			四種混合			日本脳炎							
1回	年	月	日	1回	年	月	日	1回	年	月	日		
2回	年	月	日	2回	年	月	日	2回	年	月	日		
3回	年	月	日	3回	年	月	日	追加	年	月	日		
追加	年	月	日	追加	年	月	日						
小児肺炎球菌			BCG			ロタウイルス							
1回	年	月	日	年			月	日	1回	年	月	日	
2回	年	月	日						2回	年	月	日	
3回	年	月	日	麻疹・風しん(MR)			3回(5価のみ)			年	月	日	
追加	年	月	日	第1期	年	月	日	【任意】おたふくかぜ			年	月	日
				第2期	年	月	日						
B型肝炎			水痘（水ぼうそう）			その他							
1回	年	月	日	1回				年			月	日	
2回	年	月	日	2回							年	月	日
3回	年	月	日										

食	好き嫌い（多い・少しある・ない）		午	家庭でのお昼寝の時間帯			
	好きな食べ物	嫌いな食べ物		時	分頃	時	分
事	食事の仕方（自分で食べる・自分で食べられない）		排	大便	（一人でできる・できない）いつ？（朝・日中・夜）回数（回）		
	スプーンの使用（使う・使えない） 箸の使用（使う・使えない）			小便	（一人でできる・できない）（近い・遠い）		
睡眠	起床	時	分頃	大便の始末	（一人でできる・できない）		
愛称	就寝	時	分頃	おむつを使用していますか（使用している・使用していない）			

● 保育所で配慮してほしいこと