

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	㊟

- 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	利用保育所名 和寒町保育所
利用希望日	年 月 分	4時間未満	() 日		
		4時間以上8時間未満	() 日		
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"/> 湿疹が得意やすい			<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

B型肝炎			四種混合・五種混合（どちらかに○）			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	追加	年	月 日	追加	年	月 日
小児肺炎球菌			BCG			○タウウイルス		
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		
インフルエンザ菌b型(Hib)			第2期	年	月 日	1回	年	月 日
1回	年	月 日	水痘（水ぼうそう）			2回	年	月 日
2回	年	月 日	1回			その他		
3回	年	月 日	2回			年 月 日		
追加	年	月 日				年 月 日		

※五種混合の場合は不要

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	分頃から	時
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	泄	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

● いずれかの項目に✓を付けてください

保育の様子（写真・動画等）が、お便り・広報誌・新聞等で掲載されることを
 承諾する 承諾しない