三田市一時預かり事業利用申請書

社会福祉法人三翠会
あいの保育園　様

令和　年　月　日

三田市一時預かり事業の利用を次のとおり申請します。なお、利用にあたっては、施設の指示に従うことに同意します。

申請者名(保護者名)	印	住所	〒669-　三田市		
		自宅電話	(　)　-		
ふりがな		生年月日		年齢	お子さんの愛称
児童氏名	男・女	平成 令和	年　月　日生	歳　ヶ月	
対象児童の子育てのための施設等利用給付認定の有無【幼児教育・保育無償化の対象の有無】		□ 無 □ 有⇒有の場合は認定番号【　】			
利用日と時間等	令和　年　月　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31　日　時　分～　時　分 その他特記事項(給食が必要ない日等)【　】				
利用理由	□ 非定型的保育サービス　短時間勤務・断続的勤務・職業訓練・就学 □ 緊急保育サービス　傷病・災害・事故・出産・看護・介護・冠婚葬祭・その他(　) □ 私的理由による保育サービス				

	氏名	続柄	連絡先(該当する箇所に○を付けてください。)	
保護者の連絡先(祖父母等緊急連絡先を含む)			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　) -	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)

健康保険証記号・番号		主治医		平熱	度　分
乳幼児健診受診状況	□ 4か月児健診　□ 9か月児健診　□ 1歳6か月児健診　□ 3歳児健診 指導を受けたこと　□なし □あり(時期とその内容:　)				

予防接種等の状況	BCG	小児肺炎球菌(　回目)	四種混合(　回目)	麻しん風しん(　期)	ヒブ(　回目)	日本脳炎(　回目)	水痘(　回目)	B型肝炎(　回目)
	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未

・大きな病気やけがをしたことがある □いいえ □はい(時期と傷病名:　)
・現在、病気やけがの治療中である　□いいえ □はい(傷病名と主治医:　)
・かかりやすい病気がある　□いいえ □はい(病名と主治医:　)
・ひきつけを起こしたことがある　□いいえ □はい(時期とかかった病院:　)
・アレルギーがある　食物　□いいえ □はい(除去食□なし □あり⇒内容:　)
　その他　□いいえ □はい(内容:　)
・アトピーがある　□いいえ □はい(主治医:　)

その他	(お子さんをお預かりするうえで、気になることや留意することがあればお書きください。)

※ 健康保険証・母子手帳・印鑑をご持参のうえ申請してください。