

一時預かり事業利用申込書（一般型）

平成 年 月 日

（保育園・認定こども園・幼稚園）長 様

住 所

申請者 氏 名 _____ 印

利用児童との続柄 _____

一時預かり事業の利用について、次のとおり申込みます。

利用を希望する施設名			
利用児童名等	ふりがな氏名	男女	電話 自宅 緊急連絡先
	生年月日 平成 年 月 日生（ 歳）		
	住 所		
利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用時間	: から : まで		
児童の送迎者名	(続柄)		

平成 年 月 日

上記について、承認 します。
できません。

園 長 印

家庭状況確認票

○利用児童の状況

児童名

住所

申請者

氏名

平成 年 月 日

氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先(学校名)
	父	昭平 年 月 日	男	
	母	昭平 年 月 日	女	
		昭平 年 月 日		
		昭平 年 月 日		
家族の状況				
仕事等の区分 (短時間・断続的) 職業訓練・就学等	該当の有無	勤務時間	仕事等の内容	
入院 病通院		入、通院病院名(傷病名) 入、通院日数()月 日 ~ ()月 日 入、通院者名() 出産予定日(平成)年 月 日	電話 () () ()	
冠婚葬祭 結婚式 葬儀		会場名() 日時(平成)年 月 日 ~ ()年 月 日 前・後	電話 () () ()	
災害・事故		場所() 日時(平成)年 月 日 ~ ()年 月 日 前・後	電話 () () ()	
出		場所() 日時(平成)年 月 日 ~ ()年 月 日 前・後	電話 () () ()	
看護・介護	入院付添い 居宅内介護	病院・施設名() 傷病名() 入、通院日数()月 日 ~ ()月 日 入、通院者名() 看、介護の状況()	電話 () () ()	
私的 理由の内容		利用内容() 場所() 日時(平成)年 月 日 ~ ()年 月 日 前・後	電話 () () ()	
その他緊急な理由				

1 健康状態 健康・病氣治療中 (症状)
血液型() 型

2 身体に障害がありますか ある、 ない
・障害のある場所 耳() 目() 鼻()
口() 手() 足() その他()

3 今までに手術を受けたこと ある、 ない
・手術をしたところ ()

4 ひきつけをよく起こす 起こす、 起こさない
・どういう時 ()
・どうしているか ()

5 少し運動しても息切れや顔色が悪くなる なる、 ならない

6 アレルギー性皮膚炎 ある、 ない

7 その他のアレルギー (どんな症状)
・食事制限 ある、(どんな食物)、 ない

8 人見知り する、 しない

9 言葉 はっきりする、 はっきりしない (喃語、片語、幼児語)

食事	・食事時間 朝 () 時) 昼 () 時) 夜 () 時) ・1人で食べられる () 食べられない () ・スプーンを使う () はしを使う () ・好きなもの () ・嫌いなもの ()
睡眠	・睡眠時間 時 分 ~ 時 分 ・寝るときぐせ () ・昼寝 する、 しない、 ときどき
排泄	・オムツ () トイレ(パンツ) () 知らせる () 自立 () ・大便 1日 回(午前 時、午後 時、不定) ・小便 何時間おき ・おねしょ する、 しない、 ときどき