

施設名	保育所・こども園
-----	----------

一時預かり事業利用申請書（兼児童台帳）

年 月 日

大和高田市長 殿

申請者（児童の保護者）氏名 _____ 印

住 所	大和高田市					
連絡先	TEL	緊急連絡先		TEL		
児童の家族状況	氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	年齢	職業等	
		本人	・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
一時預かり事業の利用を希望する理由：						
児童の健康状態： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください。）						
一時預かりの利用を希望する期間及び時間		年 月 日 から 年 月 日まで 午（前・後） 時 分 ～ 午（前・後） 時 分				
利用区分	<input type="checkbox"/> 非定型	費用負担	乳幼児の属する世帯	年齢区分	一時預かり利用料	
					4時間超の利用	4時間以内の利用
	生活保護世帯			<input type="checkbox"/> 0円	<input type="checkbox"/> 0円	
	上記以外の世帯		3歳未満児	<input type="checkbox"/> 1,800円	<input type="checkbox"/> 900円	
			3歳以上児	<input type="checkbox"/> 1,400円	<input type="checkbox"/> 700円	
	<input type="checkbox"/> 緊急		その他の料金 (必要とする場合のみ)	昼食代	<input type="checkbox"/> 250円	
				おやつ代	<input type="checkbox"/> 50円	
布団使用料		<input type="checkbox"/> 150円				
<input type="checkbox"/> 私的		1人1日当りの費用負担合計額	円			
無償化についての説明の有無（3歳児から5歳児が非課税世帯が対象）					<input type="checkbox"/> 説明を受けた	

(注意) 利用部分の欄及びこれより下の部分は、記入しないでください。

上記申請について

許可決定

課長	所・園長	係長

担当課

起案日 年 月 日

保育幼稚園課（ ）保育所・こども園

起案者 _____ 印

お子さんの健康状態(問診票)

【一時預かりサービス用】

令和 年 月 日				生年月日および年齢	
ふりがな 児童名		性 別	男 ・ 女	H R	年 月 日生(歳)
今までにかかった病気(番号に○印をつけてください)					
1. はしか 2. 百日咳 3. 水ぼうそう 4. おたふくかぜ 5. 風しん 6. 川崎病 7. しょう紅熱 8. 結膜炎 9. ヘルパンギーナ 10. インフルエンザ 11. 手足口病 12. 中耳炎 13. ぜんそく 14. 先天性股関節脱臼 15. 腎臓病 16. 肝臓病 17. 心臓病 18. 自家中毒 19. 骨折 20. 結核 21. その他()					
健康状態(番号に○印をつけてください)					
1. 風邪をひきやすい 2. ぜいぜい言う 3. せきがでやすい 4. 熱が出やすい 5. 下痢をしやすい 6. 便秘をしやすい 7. 鼻血がでやすい 8. じんましんが出やすい 9. 腹痛がよくある 10. 扁桃腺が腫れる 11. 吐きやすい 12. 耳だれ 13. 湿疹がでやすい 14. 皮膚が弱い 15. 肘が抜けやすい 16. アレルギーがある 17. けいれん、ひきつけたことがある(熱あり・熱なし・泣いたとき)					
生活習慣(番号に○印をつけてください)					
大便	1. 知らせる 2. 知らせない 3. 自分で始末が出来る 4. 自分で始末ができない 5. 回数(日 回) 6. 性状(硬い・軟い)				
小便	1. 知らせる 2. 知らせない 3. しつけ始めている(始めた時期 月) 4. まだしつけてない 5. おむつがとれている 6. おむつがとれていない 7. 時間を決めていく(時頃・ 時頃・ 時頃・ 時頃) 8. 一人でできる				
睡眠	1. よく寝る 2. 寝つきが悪い 3. 寝起きがよい 4. 寝起が悪い 5. 一人で寝る 6. 添い寝をする 7. 寝る時刻(時頃) 8. 起きる時間(時頃) 9. 昼寝(時頃・ 回) 10. 昼寝をしない				
栄養	1. 普通食 2. 母乳 3. 人工乳(CC 回)				
予防接種(番号に○印をつけてください)					
1. ヒブ 肺炎球菌 2. BCG 3. MR(麻しん、風しん) 4. 日本脳炎 5. 四種混合 6. 水ぼうそう 7. B型肝炎 8. おたふくかぜ 9. ロタウィルス (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)					
治療中の病気名(慢性疾患・発作等)					
心身発育面、その他お気付きのことがあればご記入ください。					
上記の通り相違ありません。					
令和 年 月 日			保護者氏名		印
(聞き取り事項)					