

# 一時預かり事業利用申請書

令和 年 月 日

石畑 保育園園長 様

一時預かり事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

住 所	瑞穂町  <div style="text-align: right;">電話番号      —      —</div>
申請者氏名 (保護者氏名)	(ふりがな)
	⑩

児 童 氏 名	(ふりがな)	生 年 月 日			性 別					
		平成 令和	年	月	日	男・女				
健 康 保 険	1 国保    2 国組    3 組合	記 号		番 号						
	4 協会    5 共済    4 その他									
乳幼児医療証	負担者番号				受給者番号					
	8	8	1	3						
集団生活の経験	無      ・      有      (      )									
申 請 理 由										

家 族 構 成	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職業等（勤務先の名称、電話番号等を記入してください）
		父	年 月 日	
		母	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	電 話 番 号

## 一時預かり事業利用料の減免申請について

児童と生計を一にしている父母及び扶養義務者（祖父母・その他）が生活保護を受給している場合、または住民税（4月から8月までの期間に利用する場合は前年度の住民税、9月から3月までに利用する場合は当該年度の住民税）が非課税の場合のみ免除となります。申請者（保護者）等に係る住民税の課税状況について調査する必要がありますので、別紙「一時預かり事業利用料減免申請書」に必要書類を添付し、原則として利用する日の前日までに瑞穂町子育て応援課保育・幼稚園係へ提出してください。

児童氏名	(ふりがな)	家での呼び名		平熱      °C
出産	正常分娩・異常分娩（早産 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ 未熟児） 出産時の体重（                          g）			
栄養法	母乳・ミルク・混合	1日（      ）回・1回（      ）cc・（      ）時間おき		
	ミルク（ぬるめ・人肌・熱め）	ゲップ（すぐ出る・出ない・（      ）分後）		
	離乳開始      歳      か月	・ 離乳完了      歳      か月		
食事	偏食（無 ・ 有（      ））		食事量（多い ・ 普通 ・ 少ない）	
	好きなもの	嫌いなもの	受け付けないもの	
	食べ方	椅子・コンビラック・遊びながら・立ち食い		
		自分で食べる（手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸）		
	牛乳：飲んだことが（無 ・ 有（1日（      ）cc位を（そのまま・温めて）飲む））			
アレルギー	無 ・ 有（病名    ） ⇒食事制限（    ） その時の様子、対応は（    ）			
睡眠	寝つき（よい ・ 悪い）	寝るときは（一人で・添い寝・抱っこ・おんぶ）		
	午睡：無・有（      時      分～      時      分）	寝るときの癖：無・有（      ）		
生活状況	癖など：おとなしい・普通・活発・夜泣き・指しゃぶり・かんしゃく・おねしょ			
	排泄の状況（      ）	その他（      ）		
医療歴	泣いたときの対応（      ）			
	高熱を出したことが 無・有（      °C）			
	ケイレンを起こしたことが 無・有（生後      歳      か月の頃）			
	※予防接種の済んでいるものに○を付けてください BCG・B型肝炎（1, 2, 3）・ヒブ（1, 2, 3, 追加）・小児用肺炎球菌（1, 2, 3, 追加） 四種混合（1, 2, 3, 追加）・MR（麻疹・風疹）・水ぼうそう（1, 2） 日本脳炎I期（1, 2, 3）・おたふくかぜ・その他（      ）			
※かかったことのある病気等に○を付けてください 麻疹・風疹・おたふく風邪・水ぼうそう・中耳炎・扁桃腺炎・鼻炎・鼻血が出やすい 川崎病・扁桃腺・口内異常・構音異常・眼病・周期性嘔吐・消化不良・自家中毒 腎炎・髄膜炎・喘息・外傷（特に頭部）・脱臼（      ）・側わん症・内外反足 リュウマチ・ヘルニア・脱腸・心臓疾患（不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性） 皮膚がかぶれやすい・熱が出やすい				
※特記：特に医者から指示を受けている病気等あれば記入してください				