

# 一時的保育事業利用申請書

一時的保育事業実施施設長様

年 月 日

一時的保育事業の利用について、次のとおり申請します。

|                           |                                    |       |  |
|---------------------------|------------------------------------|-------|--|
| 保<br>護<br>者               | 現住所 〒<br>寝屋川市                      |       |  |
|                           | フリガナ                               |       | 携帯番号                                     |
|                           | 氏名                                 | Ⓜ     |  |
| フリガナ                      |                                    | 男 ・ 女 | 生年月日                                     |
| 利用者名                      |                                    |       | 年 月 日生                                   |
| 種別理由                      | <input type="checkbox"/> 非定形       |       | <input type="checkbox"/> 緊 急             |
|                           | 就労 ・ 就学 ・ 職業訓練<br>その他 ( )          |       | 傷病 ・ 災害 ・ 事故 ・ 出産 ・ 看護<br>冠婚葬祭 ・ その他 ( ) |
| 具体的に                      |                                    |       |  |
| 利用者申込期間                   | 年 月 日 から 年 月 日まで                   |       |  |
| 曜日および時間                   | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土<br>時 分から 時 分 |       |  |
| 送迎者                       |                                    |       | 続柄                                       |
| 緊急時連絡先 (必ず連絡のとれるところに限ります) |                                    |       |  |
| ① 氏 名                     |                                    | 続柄    | TEL                                      |
| ② 氏 名                     |                                    | 続柄    | TEL                                      |

注 利用者種別は、該当する口に印を入れて下さい。

# 申請児童質問票

|                               |                          |       |            |               |   |    |   |
|-------------------------------|--------------------------|-------|------------|---------------|---|----|---|
| 児童名                           |                          | 男・女   |            | 年             | 月 | 日生 | 歳 |
| 出産の状況                         | 正常・その他(帝王切開・吸引・仮死)       |       |            |               |   |    |   |
| 出生時の体重                        | _____g                   |       |            |               |   |    |   |
| 栄養                            | 母乳・人工・混合・離乳食開始( _____ヶ月) |       |            |               |   |    |   |
| 首のすわり                         | 生後 _____ヶ月               | 寝返り   | 生後 _____ヶ月 |               |   |    |   |
| ハイハイ                          | 生後 _____ヶ月               | 歩きはじめ | 生後 _____ヶ月 |               |   |    |   |
| 健康状態                          | 健康・病気がち( _____ )         |       |            |               |   |    |   |
| 体温(平熱)                        | _____度                   |       |            |               |   |    |   |
| 今までにかかった病気                    |                          |       |            | 予 防 接 種       |   |    |   |
| は し か                         | 年                        | 月     | ツベルクリン反応   | 年             | 月 |    |   |
| みずぼうそう                        | 年                        | 月     | B C G      | 年             | 月 |    |   |
| おたふくかぜ                        | 年                        | 月     | ポ リ オ      | 年             | 月 |    |   |
| 風 疹                           | 年                        | 月     | は し か      | 年             | 月 |    |   |
| 百 日 咳                         | 年                        | 月     |            | 年             | 月 |    |   |
| 川 崎 病                         | 年                        | 月     |            | 年             | 月 |    |   |
| 熱性けいれん                        | 年                        | 月     |            | 年             | 月 |    |   |
| アレルギー                         | 有 ・ 無 ( _____ )          |       |            |               |   |    |   |
| アトピー                          | 有 ・ 無 ( _____ )          |       |            |               |   |    |   |
| 4ヶ月検診                         | 受 診                      | 有 ・ 無 | — アドバイス    | (有 ・ 無 _____) |   |    |   |
| 1歳半検診                         | 受 診                      | 有 ・ 無 | — アドバイス    | (有 ・ 無 _____) |   |    |   |
| 3歳半検診                         | 受 診                      | 有 ・ 無 | — アドバイス    | (有 ・ 無 _____) |   |    |   |
| かかりつけの医師(病院)                  |                          |       |            |               |   |    |   |
| _____                         |                          |       |            |               |   |    |   |
| 健康保険の記号番号                     | 記号                       | _____ | 番号         | _____         |   |    |   |
| ※子どもさんの発育について気になる事があれば書いて下さい。 |                          |       |            |               |   |    |   |
|                               |                          |       |            |               |   |    |   |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日



# 一時保育のご案内

打上保育園 (TEL: 821-1129)

就学前のお子さんがある家庭で、保護者の出産・冠婚葬祭・入院・リフレッシュなどの理由から一時的に保育できないときや、週2~3日程度のパート就労などで保育が困難な場合に利用できます。

保育時間 月~金曜日 午前9時00分 ~ 午後5時00分  
土曜日 午前9時00分 ~ 正午

## ○利用料金

(昼食・おやつ代を含む。年齢は、該当年度の4月1日の年齢によります。)  
他市の方は平成24年6月より寝屋川市補助金対象事業外になりますので下記の金額とさせていただきます。

### <一時保育の利用料>

| 年 齢  | 半日 (4時間程度) | 1 日    |
|------|------------|--------|
| 3才未満 | 2,000円     | 3,000円 |
| 他市の方 | 3,000円     | 4,500円 |
| 3才以上 | 1,300円     | 2,000円 |
| 他市の方 | 1,950円     | 3,000円 |

## ○ 申込み方法

「一時的保育事業利用申請書」と「質問票」必要事項を記入のうえ提出して下さい。

### (注意事項)

◎次のような場合は、ご利用をお断りすることがあります。

- ・利用されるお子さまが病気にかかっている時 (37.5度以上の熱がある時)
- ・その他定員の都合、園の行事の都合等でお預かりすることが出来ない時

◎緊急の際、当日でも利用可能な場合がありますので園の方へお問い合わせ下さい。

## 準備物について

|   |  |
|---|--|
| 0<br>オ<br>ク<br>ラ<br>ス                     | <p>肌 着            ・ ・ 3枚            衣 類   ・ ・ 3組            エプロン ・ ・ 1枚<br/> おしぼりタオル ・ ・ 3枚            紙おしめ ・ ・ 5枚            おしりふき<br/> ビニール袋 ・ ・ 2枚 (①エプロン、おしぼり用 ②衣類用)<br/> 哺乳びん<br/> ミルク (1回分ずつ小分けにしてください)</p> <p style="text-align: center;">※枚数などはお子様に応じて異なります。</p> |
| 1<br>オ<br>ク<br>ラ<br>ス                     | <p>衣 類            ・ ・ 3組            エプロン ・ ・ 1枚<br/> おしぼりタオル ・ ・ 3枚            紙おしめ ・ ・ 3枚            おしりふき<br/> ビニール袋 ・ ・ 2枚 (①エプロン、おしぼり用 ②衣類用)<br/> 帽子 (ゴムつき)</p> <p style="text-align: center;">※枚数などはお子様に応じて異なります。</p>   |
| 2<br>オ<br>ク<br>ラ<br>ス                     | <p>衣 類 (上・下) ・ ・ 3組            おしぼりタオル ・ ・ 1枚<br/> パンツ (必要なら紙パンツ) ・ ・ 3枚            おしりふき<br/> おしぼりタオル ・ ・ 3枚<br/> ビニール袋 ・ ・ 2枚 (①エプロン、おしぼり用 ②衣類用)<br/> 帽子 (ゴムつき)<br/> 手ふきタオル</p> <p style="text-align: center;">※月齢に応じておしめの必要な方は準備して下さい。</p>                            |
| 3<br>・<br>4<br>・<br>5<br>オ<br>ク<br>ラ<br>ス | <p>パンツ ・ ・ 2枚<br/> 給食袋 ・ ・ はし、はし箱<br/> 手ふきタオル<br/> コップ (プラスチック製)<br/> 衣 類 (上・下) ・ ・ 3組 帽子 (ゴムつき)<br/> ビニール袋 ・ ・ 1枚 (①衣類用)</p>  |

※持ち物にはすべて名まえをかいて下さい。

※敷き布団は園で用意します。掛け布団 (バスタオルまたはタオルケット) は用意して下さい。