様式第１号（第７条関係）

一時預かり事業利用登録申請書（兼児童台帳）

年　　月　　日

松野町長　　　　　　　様

住所

保護者 氏名

電話

次のとおり一時預かり事業を利用したいので、申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 | 性別男・女 | 生年月日 | 年齢（利用年度の4/1現在） |
| 年　 月　 日生 | 　　　　　　　歳 |
| ふりがな児童氏名 | 性別男・女 | 生年月日 | 年齢（利用年度の4/1現在） |
| 年　 月　 日生 | 　　　　　　　歳 |
| 松野町内に住所がない場合、松野町内での児童の居所及び保護者等の連絡先 | 住　　　所：松野町保護者氏名：　　　　　　　　　　　（対象児との続柄：　　　　　　）連　絡　先： |
| 在籍している保育所等 |  |
| 利用希望期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　年　　月　　日 |
| 利用希望時間 | 時　　　　分　　～　　時　　　　分 |
| 利用希望曜日 | 月　　　　火　　　　水　　　　木　　　　金 |
| 給食の提供 | 受ける　　　・　　　受けない |
| 理　 由 　欄 | （該当する番号に○印）１ 家族（　 　　　　）の疾病等　　２ 学校行事・地域活動３ リフレッシュ　　　　　　　　　　 ４　里帰り出産等　　 　５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □申請に当たり、世帯の状況等を確認することに同意します。 |

（裏面があります。）

|  |
| --- |
| 家庭の状況（利用児童を除く） |
| 氏　名 | 生年月日 | 続柄 | 勤務先・学校 | 電　話・携帯電話 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 利用児童の身体状況等 |
| 食　　事 | 量（多・普・少）　　偏食（有・無）　　　　好きな食品（　　　　　　　　）体質的に食べてはいけないもの（　　　　　）嫌いな食品（　　　　　　　　） |
| 睡　　眠 | 就寝（　　時頃）　　　　起床（　　時頃）　　　　添い寝が（必要・無）お昼ね（する・しない）　　　　する場合（　　時　～　　時頃） |
| 排　　泄 | 小便　・一人でできる（オマル・便器）　　　・一人でできない大便　・一人でできる（オマル・便器）　　　・一人でできない |
| 健　康　面 | （該当する番号に○印）　１ 吐きやすい　　２ ひきつけやすい　３ 鼻血が出やすい　　　 ４ 脱臼しやすい　 　５ アレルギー　（　　　　　　　　　　　）６ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 平　熱 |
| 　　　　℃ |
| 気を付けること（癖等） |  |

＊お子様を保育園でお預かりする際の参考といたします。

＊里帰り出産での利用日数は、出産予定月を挟んで産前産後各２か月以内です。

＊アレルギー対応食の提供には、医師の診断書が必要です。