

一時預かり事業利用申請書

令和 年 月 日

落合はぐくみこども園園長

〒 _____
 申請者 住所
 (保護者) 氏名
 電話 ()

一時預かり事業の利用について関係書類を添えて申請します。

利用希望児童	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	現在の保育状況
	()		年 月 日		男・女	家庭・その他 〔 〕
家族等の状況	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先の名称及び連絡先	
	()		年 月 日		Tel ()	
	()		年 月 日		Tel ()	
	()		年 月 日		Tel ()	
	()		年 月 日		Tel ()	
緊急連絡先		父 Tel ()			母 Tel ()	
申請区分 (○で囲んで下さい)	申請理由			利用を希望する期間・曜日・時間等		
1 非定型保育	※勤務場所 () ※勤務時間 ()			年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
2 緊急保育				年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
3 私的理由				年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
4 継続的利用保育	※勤務場所 () ※勤務時間 ()			年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
世帯状況 (○で囲んで下さい)	1 生活保護世帯等		2 市民税非課税世帯		3 その他の世帯	
施設等利用給付認定番号 (認定を受けている場合)	認定有効期間 (~)					

※ 生活保護世帯等：生活保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯

上記申請区分で「継続的利用保育」を申請した方のみ記載してください。

1	現在支給認定を受けており保育施設等の利用待機となっている	はい ⇒下記2へ ・ いいえ
2	上記申込状況及び保育料について施設が仙台市に確認することに同意する	はい ⇒下記3へ ・ いいえ
3	継続的利用保育を他施設で利用している	はい ⇒下記4へ ・ いいえ
4	利用施設名 (予定含む) 【 _____ 】	

継続的利用保育サービスを利用しており、1ヶ月の利用料の合計が50,000円を超える場合(複数の施設で利用した際の利用料合計が50,000円を超える場合も含む)は、利用料が減免となる場合がありますので、利用する施設にお申し出ください。

<p>今まで病気で入院したり大きなけがをしたことがありますか</p> <p>病気・怪我の内容等 () 現在の治療の状況 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>処方薬はありますか</p> <p>ある場合 種類・服用時間等 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
<p>食べ物のアレルギーはありますか</p> <p>ある場合 品目 () 程度 例：加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。 () 医師からの指導内容 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
<p>食べ物以外のアレルギーはありますか</p> <p>ある場合 原因 () 医師からの指導内容 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
<p>以下の中で該当するものがあればレ点を付けてください</p> <p><input type="checkbox"/>ア 身体障害者手帳を取得している <input type="checkbox"/>イ 療育手帳を取得している</p> <p><input type="checkbox"/>ウ 障害に関する医師の診断を受けている (内容：)</p> <p><input type="checkbox"/>エ 障害児等保育利用申請書（お子さんの様子）を提出している</p> <p><input type="checkbox"/>オ その他相談機関において、集団生活上特別な配慮が必要等の意見又は助言を受けている (機関名：) (内容：)</p>	
<p>その他、保育の中で注意してもらいたいこと、心配なこと等があれば記入してください</p> <p>()</p>	

【 食事の状況について 】

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 調査月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆授乳について（該当するものを○で囲み、必要事項を記入する）

乳の種類	母乳 育児用ミルク（商品名 _____ ） 母乳と育児用ミルク（商品名 _____ ）牛乳（与えた時期 _____ か月）
授乳方法と飲みかた	コップ 哺乳瓶（乳首は、S M Yカット その他 _____ ）
	たっぷり飲んで間隔が長い _____ 少しずつ何度も飲む _____ 吸う力が弱い _____ その他（ _____ ）
	抱いて _____ 座らせて _____ 自分で持って _____ 寝ながら _____
回数と量	1日 _____ 回 ・ 1回量 _____ ml ・ 離乳食後 _____ ml

☆離乳食について（該当するものを○で囲み、必要事項を記入する）

時期	開始 _____ か月時 ・ 完了 _____ か月時
回数	1日 _____ 回 ・ 時間は _____ 時 , _____ 時 , _____ 時
量	たくさん食べる _____ 普通 _____ あまり食べない _____
主食	ごはん（おもゆ おかゆ やわらかいごはん 大人と同じ） パン（パンがゆ トースト そのまま）
副食の形	すりつぶし つぶして みじん切り 大人の半分位 大人と同じ大きさ
食べ方	喜んで食べる _____ なかなか飲み込まない _____ 嘔まないで飲み込む _____ 食べたがらない _____
	大人に食べさせてもらう（抱っこされて _____ イスに座って _____） 自分で食べる（手づかみ _____ スプーン・フォークを使って _____）

☆食べているもの（該当するものを○で囲み、必要事項を記入する）

穀類	ごはん 食パン パターロール うーめん そうめん うどん スパゲティ ラーメン 焼きそば 麩
いも類	じゃがいも さつまいも さといも こんにゃく
油脂類	サラダ油 マーガリン バター ごま油 オリーブ油
豆類	とうふ 納豆 大豆 おから 凍り豆腐 豆乳 春雨 きな粉 煮豆 小豆 油揚げ その他（ ）
種実類	ごま ピーナッツ アーモンド 栗 くるみ
魚介類	かれい たら しらす干し さけ まぐろ 赤魚 あじ かつお ぶり さんま さば いわし さわら 銀たら ししゃも ツナ かに えび いか ほたて あさり 小女子 はんぺん かまぼこ ちくわ
肉類	鶏ささみ 鶏ひき肉 鶏肉 鶏レバー 豚ひき肉 豚肉 豚レバー 牛ひき肉 牛肉 牛レバー ロースハム ウィンナー ベーコン
卵類	卵黄 全卵 うずらの卵
乳類	牛乳（調理用・飲用＜温めて・そのまま＞）ヨーグルト（プレーン・加糖） チーズ 生クリーム 乳酸菌飲料 アイスクリーム その他（ ）
野菜類	大根 にんじん キャベツ かぼちゃ 白菜 ほうれん草 トマト きゅうり かぶ ブロッコリー 小松菜 玉ねぎ 長ネギ にら いんげん ピーマン もやし たけのこ ごぼう 青梗菜 おくら モロヘイヤ なす きのこと類 コーン缶（ホール・クリーム）マッシュルーム缶 その他（ ）
果物類	りんご バナナ いちご みかん いよかん はっさく 甘夏 オレンジ メロン キウイ もも さくらんぼ すいか ぶどう グレープフルーツ なし かき ラフランス 生パイン みかん缶 もも缶 パイン缶
海藻類	わかめ ひじき のり ふのり こんぶ
菓子類	赤ちゃんせんべい ビスケット ウエハース せんべい プリン ゼリー シャーベット その他（ ）
調味料	しお しょうゆ みそ ケチャップ マヨネーズ ソース 酢 コンソメ はちみつ カレールウ ココア その他（ ）
飲料 その他	湯冷まし 水道水 番茶 麦茶 イオン飲料 野菜ジュース その他（ ）果汁（ ）乳飲料（ ）
ベビーフード 使用の有無	有・無（食品名・料理）
<食事のことで気をつけていること、困っていることなど>	

健康状態等調書

【乳児用】

年 月 日現在

児 童 名		性 別	児 童 の 生 年 月 日			保 護 者 氏 名																																																					
		男・女	年 月 日 生																																																								
送 迎 者	登 所	(児 童 と の 続 柄)			普 段 の 保 育 者	(児 童 と の 続 柄)																																																					
	降 所	(児 童 と の 続 柄)			平 熱	度																																																					
健康保険証記号番号		か かり つ け の 医 療 機 関																																																									
		Tel																																																									
生 活 状 況	就寝時間 () 起床時間 () 寝るときの癖 ()																																																										
	午前寝	している (: ~ :) ・しない					昼寝	している (: ~ :) ・しない																																																			
	1日の生活のリズム (授乳、食事、睡眠について記入する) 記入例																																																										
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> ----- </td> <td colspan="4" style="text-align: center;"> ----- </td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">授乳</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">離乳食</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">午前</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">午後</td> </tr> </table>											5	6	7	8	9	10	11	12					-----				-----								授乳				離乳食								午前						午後					
	5	6	7	8	9	10	11	12																																																			
-----				-----																																																							
授乳				離乳食																																																							
午前						午後																																																					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																																																											
《生活・遊びの面で特に配慮が必要なこと》																																																											
健 康 状 態	出生体重	g		現在の体重	g		歯のはえ具合	はえている (上 本・下 本) ・ はえていない																																																			
	排 泄	一日の便の回数	回	便の状態	ふつう ・ 硬便 (コロコロ) ・ 軟便 (やわらか) 泥状便 (ベトベト) ・ その他																																																						
	予防接種の状況 (該当するものに○をつける)																																																										
	BCG	五種混合	麻疹・風疹	日本脳炎	肺炎球菌	ロタ	B型肝炎	おたふく	水痘	その他																																																	
状 態	既往歴 (該当するものを○で囲む)				体質的なことについて (該当するものを○で囲み, 必要事項を記入する)																																																						
	中耳炎・喘息・ひきつけ 麻疹・水痘・風疹 おたふくかぜ その他()				風邪をひきやすい ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい アレルギー体質 () ・ 吐きやすい (の時) 湿疹がでやすい ・ じん麻疹になりやすい 関節が外れやすい (皸) ・ 熱をだしやすい																																																						
	《医師から指導されていること・特に配慮が必要なこと》																																																										

児童氏名 _____

勤 務 証 明 書

令和 年 月 日

落合はぐみこども園園長 様

住 所

事業所名

事業主名

印

下記のとおり証明します。

氏 名				(歳)
住 所				
役 職 名		採用年月日	年 月 日	採用・内定
職務内容 (具体的に)				
勤務形態	イ	1. 正職員	2. パート・アルバイト	3. その他 ()
	ロ	1. 常勤	2. 非常勤	3. その他 ()
勤務日	月・火・水・木・金・土		※変則勤務の場合	日/週
雇用期間 (1年以内の場合)	年 月 日 ~		年 月 日	
勤務時間	平日	時間	午前・午後 時 分~午前・午後 時 分	
	土曜	時間	午前・午後 時 分~午前・午後 時 分	
	※変則勤務の場合		勤務時間	時間/月
勤務場所				電話
勤務日数	今月予定 (月)	前月 (月)	前々月 (月)	
	日	日	日	
特記事項				

(注) この証明書は、こども園の一時預かり事業の利用にあたり、保護者から実施園園長あてに提出されるものです。