※実施園に直接提出してください。

三田市一時預かり事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

様

三田市一時預かり事業の利用を次のとおり申請します。なお、利用にあたっては、施設の指示に従うことに同意します。

申請者名 (保護者名)		住　所	〒669−　　三田市		
		自宅電話	(　　)　　−		
ふりがな		生　年　月　日		年　齢	お子さんの愛称
児童氏名	男 ・ 女	平成 令和 年　月　日生		歳　ヶ月	
対象児童の子育てのための施設等利用給付認定の有無【幼児教育・保育無償化の対象の有無】		□ 無 □ 有⇒有の場合は認定番号【　　】			
利用日と時間等	令和　年　月　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17 18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31　日　時　分 ～　時　分 その他特記事項(給食が必要ない日等)【　　】				
利用理由	□ 非定型的保育サービス　短時間勤務・断続的勤務・職業訓練・就学 □ 緊急保育サービス　傷病・災害・事故・出産・看護・介護・冠婚葬祭・その他(　　) □ 私的理由による保育サービス				

	氏　名	続柄	連絡先（該当する箇所に○を付けてください。）	
保護者の連絡先 (祖父母等緊急連絡先を含む)			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)
			(　)　−	携帯電話・勤務先(　)・その他(　)

健康保険証記号・番号		主治医		平熱	度　分
乳幼児健診受診状況	□ ４か月児健診　□ ９か月児健診　□ １歳６か月児健診　□ ３歳児健診 指導を受けたこと　□なし　□あり(時期とその内容:　　)				

予防接種等の状況	BCG	小児肺炎球菌	四種混合	麻しん風しん	ヒブ	日本脳炎	水痘	B型肝炎
		(　回目)	(　回目)	(　期)	(　回目)	(　回目)	(　回目)	(　回目)
	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未	□済 □未

・大きな病気やけがをしたことがある　□いいえ　□はい(時期と傷病名:　　)
・現在、病気やけがの治療中である　□いいえ　□はい(傷病名と主治医:　　)
・かかりやすい病気がある　□いいえ　□はい(病名と主治医:　　)
・ひきつけを起こしたことがある　□いいえ　□はい(時期とかかった病院:　　)
・アレルギーがある　食物　□いいえ　□はい(除去食□なし　□あり⇒内容:　　)
　　その他　□いいえ　□はい(内容:　　)
・アトピーがある　□いいえ　□はい(主治医:　　)

その他	(お子さんをお預かりするうえで、気になることや留意することがあればお書きください。)

※ 健康保険証・母子手帳・印鑑をご持参のうえ申請してください。