

一時保育利用申請書 (非定型：リフレッシュ：緊急)

令和 年 月 日

洋光台中央福澤保育センター長

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )  
E-mail @

(ふりがな) 児童氏名		続柄	満年齢	生年月日		性別
			才 ヶ月	平成 令和	年 月 日	
利用児の世帯状況	氏名	利用児との続柄	年齢	生年月日	勤務先等名称 および 勤務先Tel：携帯 No.等	
			才			
			才			
			才			
			才			
希望する保育		<input type="checkbox"/> 非定型 (週3日以内継続)		<input type="checkbox"/> リフレッシュ		<input type="checkbox"/> 緊急 (2週間)
利用開始希望日：曜日		令和 年 月 日から		月：火：水：木：金		
希望保育時間		午前 : ~ 午後 :				
申請事由 就労：求職：職業訓練：就学 入院：看護介護：冠婚葬祭：他		左記詳細				
世帯状況 (○で囲んでください)		1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	3 ひとり親世帯		
		4 多胎児の世帯	5 その他の世帯			
緊急連絡先	氏名 (続柄)	住所：				
		Tel 携帯				

[熱性痙攣]	なし・ある (初回 才 ヶ月 ℃・最後 才 ヶ月 ℃・これまで 回)
[喘息・喘息性気管支炎]	なし・ある <u>あると答えた方</u> 毎日薬を服用 (はい：いいえ) 発作のときのみ服用 (はい：いいえ) 毎日吸入療法 (はい：いいえ) 発作のときのみ吸入療法 (はい：いいえ)
[アトピー性皮膚炎]	なし・ある (治療…内服薬・塗薬・食事療法・その他 )
[脱臼癖]	なし・ある (右肩・左肩 右肘・左肘 右手首・左手首 その他 )
[食物アレルギー]	なし・ある (詳細： )
[入院経験]	なし・ある (病名 : 才 ヶ月)
[常備薬・内服時間]	喘息、アトピー性皮膚炎、痙攣等の常時内服薬等
[食事制限]	医師の指示内容
[授乳] (ミルク:母乳:混合)	間隔 (規則的 時間:不規則) 園のミルク「ほほえみ」以外を希望の方はご持参下さい
[離乳食]	1日何回食べますか (1回：2回：3回) 進み具合 (初期：中期：後期：完了期) 牛乳 (可：不可) 卵 (可：不可：加工品のみ) 揚げ物 (可：不可)
[その他]	体質や癖など配慮が必要と思われること

園使用欄 ( / 申請受理) ( / 回答：担当 ) (一時保育室：クラス)  
その他