

一時預かり利用申し込み書

保護者 住 所 うるま市
氏 名
携帯番号

印

| | | | | |
|--------------|------|------|---------|-----|
| 対象児童 | フリガナ | 性 別 | 生 年 月 日 | 年 齢 |
| | 氏 名 | | R 年 月 日 | |
| 利用児童 の世帯員 | 氏 名 | 続 柄 | 連 絡 先 | 順 位 |
| | | | 勤務先 | |
| | | | 携帯電話 | |
| | | | 勤務先 | |
| | | | 携帯電話 | |
| | | | 勤務先 | |
| | | | 携帯電話 | |
| | | | 勤務先 | |
| | | 携帯電話 | | |

※緊急時に連絡が取れる番号に順位をつけて下さい。

| | |
|--------------------------|---|
| 希望する保育サービス及び理由 (○で囲む) | (1) 非定型的保育サービス 就労 ・ 就学 ・ 求職 (2) 緊急保育サービス 傷病 ・ 入院 ・ 災害 ・ 事故 看護 ・ 介護 ・ 出産 ・ 冠婚葬祭 (3) 私的理由による保育サービス () |
| 保育を希望する期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 |
| 保育を希望する時間 | 時 分 から 時 分 まで |
| 保育を希望する曜日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (週 日) |

☆注意事項及び要望事項(心配なこと等)...

☆提出書類... (1) 診断書
(2) その他 ()

☆給食の有無... 有 ・ 無 ()

※裏面もあります。

☆かかりつけ医を記入して下さい。 緊急時に受診します。

| | 病 院 名 | 連 絡 先 |
|---------|-------|-------|
| 小児科 | | |
| 歯科 | | |
| 外科・整形外科 | | |
| 皮膚科 | | |
| 耳鼻科 | | |
| 眼科 | | |
| その他 | | |

※ 時間外や緊急を要する際は中部病院救急を受診します。

※ 指定がなければ園の嘱託医を受診します。

内科：ゆいクリニック小児科医 島袋忠雄医師

学校薬剤師：いは薬局 瑞慶山純子医師

歯科：つがやす歯科こども歯科 康本征史医師

| | | | | | |
|-----|-------|----------|-----|-----|-----|
| 処理欄 | 受付年月日 | R 年 月 日 | 園 長 | 主 幹 | 担 任 |
| | 決裁年月日 | R 年 月 日 | | | |
| | 認定区分 | 承諾 ・ 不承諾 | | | |

一時預かり利用誓約書

社会福祉法人みどり葉福祉会
あげなこども園（分園内）

社会福祉法人みどり葉福祉会あげなこども園一時預かりを利用するにあたり、次の事項を守ることを誓約します。

令和 年 月 日 住 所 うるま市
保護者氏名
児童氏 名

印

1. 一時預かりを利用する際には、定められた利用料を納入します。

① 利用料

| 対象児童 | 利用時間 | 利用料 | 備考 |
|--------------------|----------------|--------|----------------|
| 満1歳～就学前 | 1日あたり4時間以内の利用 | 2,000円 | 食事代・ おやつ代含む |
| | 1日あたり4時間を超える利用 | 3,500円 | |
| 食物アレルギーが あるお子さん | 1日あたり4時間以内の利用 | 1,500円 | 食事代・ おやつ代免除 |
| | 1日あたり4時間を超える利用 | 3,000円 | |

備考 (1)対象児童の年齢は、利用日における満年齢とする。

(2)食物アレルギーがある場合、お弁当・おやつを持参とする。

② 利用料の納入期日

利用料は、一時預かりを利用した日に、あげなこども園が指示する方法により納入して下さい。

2. 一時預かりを利用する際には、諸規定を守り、あげなこども園長の指示に従います。

① 一般的な事項

社会福祉法人みどり葉福祉会あげなこども園一時預かりの規定されている事項に従って下さい。

② 利用時間

一時預かりの利用時間は、原則午前8時30分から午後5時までとします。

3. 保険適応外の事故に係る費用及び賠償責任保険対象外の費用については、保護者の負担となります。

① 保険内容

身体 1名につき 支払限度額 200,000千円
(死亡・後遺障害、入院・手術、通院 含む)

健康診断書

※医師記入

| | | | | |
|------|---|--|---|-----------|
| 利用児童 | 住所 | | | |
| | 名前 | | 生年月日 | H・R 年 月 日 |
| | 身長()cm 体重()kg | | | (歳 か月) |
| 医師所見 | 1. 内科疾患 | | | |
| | 2. 皮膚疾患 | | | |
| | 3. 眼疾患 | | | |
| | 4. アレルギー | | | |
| | 5. 精神・運動発達・その他 | | | |
| 判定 | 1. 集団保育に適す 2. 集団保育に配慮が必要 3. 集団保育に適さない | | ※判定にて2・3に該当する場合 配慮すべき点や集団保育に適さない理由等 についてできるだけ詳しく記入して下さい | |
| | 上記のとおり診断します。 | | 診断書作成日 令和 年 月 日 医療機関名 住所 電話番号 医師名 | |

印

裏面の【予防接種履歴】は保護者にてご記入ください。⇒

乳幼児健診 及び 予防接種履歴

※保護者記入 受けた健診へ「○」を付けてください。

| 乳幼児前期 (4～6か月) | 乳幼児後期 (9か月～1歳未満) | 1歳6か月健診 (1歳6か月～2歳未満) | 2歳歯科健診 (2歳6か月～3歳未満) | 3歳児健診 (3歳6か月～4歳未満) |
|------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | | |

※親子健康手帳の特記事項の欄に記載がありましたら、その通りにご記入ください。

※親子健康手帳のわかる範囲で、受けたものに「○」、受けてないものに「×」を付けてください。

※既にかかった疾患があれば「○」を付けてください。

| 種類 | 回数 | 接種状況 | かかった疾患 |
|-------------------|----|------|--------|
| 小児肺炎球菌 | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| | 3回 | | |
| | 追加 | | |
| ヒブ | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| | 3回 | | |
| | 追加 | | |
| 4種混合 (DPT/IPV) | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| | 3回 | | |
| | 追加 | | |
| BCG(結核) | 1回 | | |
| B型肝炎 | 3回 | | |
| MR (麻疹・風疹) | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| 水疱 (水ぼうそう) | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| 日本脳炎 | 1回 | | |
| | 2回 | | |
| | 3回 | | |
| ロタウイルス | 1価 | | |
| | 5価 | | |
| おたふくかぜ | 1回 | | |
| | 2回 | | |