登録番号

一時保育利用申込書

年　　月　　日

かぜのねこども園

申請者　　住所　　横浜市
（保護者）　氏名
電話

一時保育の利用について関係書類を添えて申し込みます。

	ふりがな 氏　　名	続柄	生年月日	年齢	性別	現在の保育状況
利用希望児童	（愛称）				男・女	家庭・その他 [　　]

	ふりがな 氏　　名	続柄	生年月日	年齢	勤務先の名称および連絡先
家族の状況					TEL（　　）
					TEL（　　）
					TEL（　　）
					TEL（　　）

緊急連絡先	父　TEL	母　TEL

申　請　区　分 ○で囲んでください	申請理由	利用を希望する期間・曜日・時間等
1　非定型的保育		年　　月　　日 (月・火・水・木・金) （平日）　時　　分　～　　時　　分
2　緊急保育		年　　月　　日 (月・火・水・木・金) （平日）　時　　分　～　　時　　分
3　リフレッシュ保育		年　　月　　日 (月・火・水・木・金) （平日）　時　　分　～　　時　　分

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　市民税所得割合算額が 7万7101円未満である	4　その他の世帯

かかりつけの医療機関	
	TEL
	TEL
	TEL

生活状況	食事	食　欲	有・無　時間がかかる　食べる時　手づかみ・フォーク・スプーン・はし
		好き嫌い	有・無　嫌いな食品（　　）
		食物アレルギー	有・無
	排泄	オムツ	している・していない　小便　教える・教えない・その他（
		大　便	教える・教えない・その他（
	排泄	就寝時間	（　　）　起床時間（　　）　朝食時間（
		昼　寝	している（　：　～　：　）　していない 寝るときのくせ（
		あそび	好きなあそび（ 友だちとあそぶ・一人遊び

健康状態

予防接種・病気の状況（該当するものに○をつけてください）

４種混合	麻疹	耳下腺炎	風疹	水痘	ＢＣＧ	消化不良	中耳炎	喘息	ひきつけ

体質的なことことについて（該当するものに○をつけてください）

風邪ひきやすい　便秘しやすい　下痢しやすい　吐きやすい（　　）
アレルギー体質（　　）　湿疹ができやすい　じん麻疹になりやすい
関節が外れやすい（部位　　）　熱を出しやすい
その他（　　）

備考

＜生活・あそび・食事等の面で特に配慮が必要なこと。医師から指導されていること＞

その他