

お申し込み日： 月 日

令和 年度 一時保育利用申込書

新甲東保育園 園長 殿

保護者 住所 氏名 自宅 TEL () -

お子さんの写真 をお貼り下さい (スナップ写真切り 抜き可) 40mm×40mm
--

次のとおり一時預かり保育を利用したいので、申し込みます。

児童名	ふりがな	愛称			
生年月日 (性別)	令和 年 月 日 (男・女)				
保育時緊急連絡先	① 母：携帯 () TEL - -				
	② 父：携帯 () TEL - -				
	③ その他 () TEL - -				
家族構成 (同居されている方全てお書き下さい)	続柄	氏名	性別	年齢	職業または学校名
	父		男	才	
	母		女	才	
				才	
保険証	保険証種類 () 記号 () 番号 ()				
	保険者番号 ()				
	乳児医療証 有・無 番号 () ()				

※下記欄は記入しないで下さい。

面接日 月 日 ()	登録受付日 月 日 ()	登録の可否 可 ・ 不可	事業区分 <input type="checkbox"/> 非定型的保育 <input type="checkbox"/> 緊急保育 <input type="checkbox"/> 私的理由保育
----------------	------------------	-----------------	---

登録番号	-
------	---

面接者

お子さんの健康について

記入日 年 月 日

☆ 保育をする上で重要な書類です。母子手帳などを参照し、空欄は記入、該当箇所には○を付けてください。

ふりがな 氏名	男 女	令和 年 月 日生 (才 ヶ月)	出生体重 g	出生身長 cm	出生頭囲 cm
生後～1才6ヶ月		1歳6ヶ月～2才頃		3才頃	
・首のすわり (ヶ月) ・寝返り (ヶ月) ・ハイハイ (ヶ月) ・掴まり立ち (ヶ月) ・伝い歩き (ヶ月)	・あやすと笑う (はい・いいえ) ・音のする方を見る (はい・いいえ) ・話しかける様な声を出す (はい・いいえ) ・人見知りをする (はい・いいえ)	・一人で上手に歩ける (はい・いいえ) ・名前を呼べば振り向く (はい・いいえ) ・周囲の人や物に関心を示す (はい・いいえ) ・「マンマ」等の単語が3語以上話せる (はい・いいえ)	・2つ以上の単語を続けて話す (はい・いいえ) ・友達と一緒に遊べる (はい・いいえ) ・極端に落ち着きがなく動き回る (はい・いいえ) ・自分の姓名が言える (はい・いいえ)		
病気・発達等で相談している機関		健診結果			
保健所・子どもセンター・病院・その他 ()		4ヶ月健診 未受診・問題なし・あり ()	1歳半健診 未受診・問題なし・あり ()		
今までにかかった病気、治療中の病気		3歳健診 未受診・問題なし・あり ()			
突発性発疹 ひきつけ 風疹 食物アレルギー その他 ()	おたふく風邪 みずぼうそう 脱臼 薬物アレルギー	溶連菌感染症 はしか アトピー	平熱 ℃	集団保育の経験 ない・ある (期間)	
		その他、体や発育で気になることがあればご記入ください			
		ご家族は健康ですか (はい・いいえ)			

● 1日の生活の流れをご記入ください

(例)

6	12	18	24
起床	朝食	昼食	就寝
6	12	18	24
起床	夕食	入浴	就寝

食事について	睡眠について	排泄について
食べ方 (介助・補助・一人) 好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 () ミルク・母乳・牛乳・離乳期 ()期	寝つき よい・わるい くせ 抱く・おんぶ・指吸い その他 ()	おむつ おむつ・トレーニング中・なし 回数 小便 ()回 大便 ()回 (知らせる・もらす・時々もらす) 後始末が一人で できる・できない

● 一時預り保育をどちらでお知りになりましたか 園ホームページ・市役所・その他 ()

【重要事項】

1. 事業者の内容 名 称 社会福祉法人 阪急福祉会
主たる事務所 西宮市 段上町2丁目10-19
実施場所 新甲東保育園（電話 0798-57-5235）

2. 事業者が提供する福祉サービスの内容

常日頃、保育園を利用していない家庭において、一時的に家庭での保育が困難となる
場合や、育児負担を軽減するため、保育園等において児童を一時的に預かる事業。
(事業の詳細については、別紙『一時保育のしおり』のとおり。)

3. 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項

①利用料 0歳児 600円/1時間
1歳児 500円/1時間
2歳児以上 400円/1時間
②給食代 350円
③おやつ代 150円

4. その他厚生労働省令に定める事項

(1)福祉サービスの提供開始年月日 平成 21年 4月 1日

(2)福祉サービスに係る苦情を受け付ける窓口

名 称 新甲東保育園
所在地 西宮市門戸東町3-15
電話番号 0798-57-5235

以上、契約の証として本書2通を作成し、利用者と事業者が記名押印の上、1通ずつを保有
するものとします。

西暦 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

事業者 住 所 西宮市門戸東町3-15
社会福祉法人 阪急福祉会
幼保連携型認定こども園
新甲東保育園
代表者 園長 松本 千歳 印