

一時預かり申請書 (兼児童台帳)

年 月 日

川西町長 殿

保護者 住 所 川西町大字
 氏 名
 電 話
 緊急連絡先

印

一時預かりを利用したいので、下記のとおり申請します。

記

保育児童	(フリガナ) 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (生 歳)	性別	男・女
保育希望日	年 月 日 ()					
保育希望時間	時 分 ~ 時 分 (時間)					
一時預かりを希望する理由						
児 童 の 家族の状況 (児童を除く)	氏 名	性別	続柄	生年月日	勤務先 (学校等)	
				・ ・		
				・ ・		
				・ ・		
				・ ・		
※町記載欄	申込みの承諾	可 ・ 否				
	備 考					

裏面につづく

健康状況申告書

健康 状況 等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 () 心身の障害の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1 はしか 2 水ぼうそう 3 おたふく風邪 4 風疹 5 肺炎 6 百日咳 7 気管支喘息 8 ひきつけ 9 中耳炎 10 その他の慢性疾患 () ※かかった病気に○を付けて下さい。
予 防 接 種	1 三種混合 2 はしか 3 ポリオ 4 BCG 5 日本脳炎 6 おたふく風邪 7 その他 () ※ 受けたものに○を付けて下さい。	今 ま で に か か っ た 病 気	
体 質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい 具体的な症状 () <input type="checkbox"/> おなかが弱い 具体的な症状 () <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い 具体的な症状 () <input type="checkbox"/> その他 具体的な症状 ()	生 活 状 況 等	◎ 集団保育経験の有無 <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月～ 年 月 <input type="checkbox"/> 無 ◎ 食事制限の有無（アレルギー等） <input type="checkbox"/> 有 食品名 () <input type="checkbox"/> 無 ◎ 排泄の状況 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ使用

「一時預かり」について

川西町子育て支援センター

- 1 **一時預かりとは**
家庭において一時的に保育を受けることが困難となったお子さんをお預りします。
- 2 **対象児童について**
川西町内に住所を有する満1歳から小学校就学前までのお子さんです。
※川西町外者については、町長が認める場合に限りです。
- 3 **利用時間**
原則 月曜日～金曜日の午前9時～午後3時
(上記時間内における1時間単位での申し込みをお願いします。)
- 4 **送迎について**
送迎は保護者の方に責任を持って行っていただきます。
- 5 **利用料**
1時間につき700円の利用料となります。
- 6 **利用料の支払い方法**
町長が発行する納入通知書により利用料の納入をお願いします。
納入期限は、利用した月の翌月の25日となります。
- 7 **利用手続きについて**
「一時預かり申請書」に必要事項を記入し、利用日の前日までに子育て支援センターに提出してください。ただし、町長が特別の事情があると認めた場合はこの限りではありません。
- 8 **その他**
申請書の内容に変更等がある場合は、事前に連絡をお願いします。

☆ お問い合わせ ☆

川西町子育て支援センター	TEL 44—2822
川西町健康子育て課 子育てグループ	TEL 42—6671