

東大和市長 殿

〒

住所 東大和市

申請者 氏名

一時預かり利用申請書
(登録用)

電話番号(緊急連絡先①) _____
父・母・その他()

電話番号(緊急連絡先②) _____
父・母・その他()

E-mail _____

一時預かりの利用について、下記のとおり申請します。

記

1 利用する児童の氏名等

ふりがな	性別	生年月日	年齢	所属※
氏名	男・女	H R 年 月 日	歳	

※所属欄については申請受付時にこちらで記入します。

2 保護者及び同居の親族の状況(同居している親族全員について記入してください。上記児童は、記入しなくて結構です。続柄は、上記児童を基準として記入してください。)

氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	年齢	職業、学校等	おもに送迎を行う者◎ 送迎の可能性のある者○
					(送り・迎え・両方)
					(送り・迎え・両方)
					(送り・迎え・両方)
					(送り・迎え・両方)
					(送り・迎え・両方)

3 保護者及び同居の親族以外の送迎者氏名

氏名(ふりがな)	性別	年齢	児童との関係	おもに送迎を行う者◎ 送迎の可能性のある者○
	男・女			(送り・迎え・両方)
	男・女			(送り・迎え・両方)
	男・女			(送り・迎え・両方)

4 利用する児童・家族の状況

(記入時 歳 か月)

健康保険証の控え		国保・社保（組合・政管・日雇・船員・共済）・生保			
記号		番号		資格取得年月日	年 月 日
被保険者氏名				被保険者生年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日			有効期限	年 月 日
保険者名称					
保険者所在地					
保険者番号					
乳幼児医療証	負担者番号				
	受給者番号				
予防接種					
B型肝炎(1,2,3)	接種・罹患・未接種	MR(麻しん・風しん)(1,2)	接種・罹患・未接種		
ヒブ(Hib)(1,2,3,4)	接種・罹患・未接種	日本脳炎(1,2追加)	接種・罹患・未接種		
小児肺炎球菌(1,2,3,追加)	接種・罹患・未接種	ロタウイルス(1,2,3)	接種・罹患・未接種		
四種混合(1,2,3,追加)	接種・罹患・未接種	おたふくかぜ	接種・罹患・未接種		
BCG	接種・罹患・未接種	インフルエンザ ^g 最終接種	年 月		
水痘(1,2)	接種・罹患・未接種	その他			
乳幼児健診					
3～4か月児健診	受診済 未受診	1歳6か月児健診	受診済 未受診		
6～7か月児健診	受診済 未受診	3歳児健診	受診済 未受診		
9～10か月児健診	受診済 未受診	5歳児健診	受診済 未受診		
かかりつけの医療機関	電話番号：				

妊娠中の状態	異常なし・あり(妊娠中毒症・貧血・糖尿病・その他)				
分娩時の状況	異常なし・あり()				
出生時の状態	在胎 週 (日) 体重 g 身長 cm				
	異常なし・あり()				
授乳について	母乳・人工乳・混合乳	離乳食開始時期	か月頃		
アレルギーについて	なし・あり(食物 その他)				
基礎疾患について	なし・あり()				
障害について	なし・あり()				
発達について	首のすわり(か月頃)	人見知り(か月頃)			
	おすわり(か月頃)	意味のある単語(か月頃)			
	歩行(か月頃)	二語文(か月頃)			

(注意) 申請の際に母子健康手帳又はこれに相当する書類を提示してください。

5 写真撮影について

一時預かり中に、活動の記録や成長の記念として、また通信紙やリーフレット作成のために、写真を撮ることがあります。写真撮影を辞退される方は、下記にご署名ください。

私は一時預かり中の写真の撮影を辞退します。 申請者(保護者)氏名