

（宛先）中央区長

申請者	住所	中央区 (マンション名)				
	氏名 <small>フリガナ</small>		電話	(自宅) (携帯)		
家族状況	氏名 <small>フリガナ</small>	続柄	性別	生年月日	年齢	通勤・通学先
				・		
				・		
				・		
緊急連絡先①	氏名	電話				
緊急連絡先②	氏名	電話				
保育期間	年 月 日() から 月 日() まで					
保育時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで (時間)					
備考						
申請理由	入院	理由 (病気のため・出産のため・けがのため) 入院者 子どもの続柄 病名 入院先 電話 退院予定日				
	死亡・行方不明	理由 (死亡のため・行方不明のため) 死亡又は行方不明となった者 子どもの続柄				
	看護・介護	理由 (看護のため・介護のため) 看護又は介護される者 子どもの続柄 予定期間 看護・介護先 電話				
	裁判員	裁判員等に選ばれた者 子どもの続柄 出頭する裁判所				
	その他					

事業の利用に当たり以下の事項に同意します。

- ・世帯員全員の所得、税情報及び住民記録について公簿による確認を行うこと。
- ・申請書に記載した内容及び利用者負担金の額を、保育員を派遣する事業者へ情報提供すること。

申請者氏名 _____ 世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____ 世帯員氏名 _____

※ 氏名の欄は本人が自署してください。ただし、成年被後見人等である場合にあっては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

児童連絡票

子どもの名前	(ふりがな)		(ふりがな)		
生年月日	年 月 日生 (歳) (男・女)		年 月 日生 (歳) (男・女)		
健康保険	(国保・社保・組合・共済) 被保険者氏名 保険者名称 保険者番号 記号・番号		(国保・社保・組合・共済) 被保険者氏名 保険者名称 保険者番号 記号・番号		
かかりつけの病院	病院名 電話 () 主治医名		病院名 電話 () 主治医名		
病気・アレルギー等	平熱 (度) くらい		平熱 (度) くらい		
	ひきつけ (けいれん) を起こしたこと 無 ・ 有 ()		ひきつけ (けいれん) を起こしたこと 無 ・ 有 ()		
	アレルギー (薬、食物等) 無 ・ 有 (アレルギー)		アレルギー (薬、食物等) 無 ・ 有 (アレルギー)		
	服薬 無 ・ 有 (薬名) (時間・回数)		服薬 無 ・ 有 (薬名) (時間・回数)		
睡眠	昼寝 無 ・ 有 (時～ 時)		昼寝 無 ・ 有 (時～ 時)		
	寝つき (良い・悪い) (ひとりで寝る・添い寝等で寝る)		寝つき (良い・悪い) (ひとりで寝る・添い寝等で寝る)		
食事	ミルク	(母乳・混合・人工乳 cc/回)	ミルク	(母乳・混合・人工乳 cc/回)	
		与える時間 (時間おき)		与える時間 (時間おき)	
		哺乳力 (良・普通・弱い)		哺乳力 (良・普通・弱い)	
	離乳食	(1回・2回・3回)	離乳食	(1回・2回・3回)	
		量 (多・普通・少)		量 (多・普通・少)	
普通食	好きなもの ()	普通食	好きなもの ()		
	嫌いなもの ()		嫌いなもの ()		
食事の様子	(食べさせてもらう・手助けが必要・はしを使って自分で食べる)		食事の様子	(食べさせてもらう・手助けが必要・はしを使って自分で食べる)	
排泄	用法 (おむつ・おまる・トイレ) トイレを知らせること (できる・できない)		用法 (おむつ・おまる・トイレ) トイレを知らせること (できる・できない)		
その他	好きな遊び		好きな遊び		
	癖・こだわり		癖・こだわり		
その他保育に必要な情報をお書きください。					