

（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に情報提供すること。

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。					