

緊急一時保育援助事業利用申請書

年 月 日

（あて先）中央区長

申請者	住所	中央区 (マンション名)				
	氏名		電話	(自宅) (携帯)		
家族状況	氏名	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					

<確認事項>事業の利用にあたり下記の事項に同意します。

- ・所得及び住民記録について公簿による確認を行うこと。
- ・申請書に記載した情報を、保育員を派遣する事業者に渡すこと。

申請者

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) 与える時間 (時間おき) 哺乳力 (良・普通・弱い)	ミルク	(母乳・混合・人工乳 cc/回) 与える時間 (時間おき) 哺乳力 (良・普通・弱い)
	離乳食	(1回・2回・3回) 量 (多・普通・少)	離乳食	(1回・2回・3回) 量 (多・普通・少)
	普通食	好きなもの () 嫌いなもの ()	普通食	好きなもの () 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。				