

一時保育 登録申請書

こぐまの森保育園 箕面彩都園

受付年月日 年 月 日

ふりがな		年 月 日	生まれ	男・女
児童名		歳 ヶ月	歳児	

保護者	氏名		続柄		氏名		続柄		
	〒				TEL				
住所				TEL				-	-
緊急連絡先	連絡先①		連絡先②		連絡先③				
	TEL		TEL		TEL				
	(続柄)		(続柄)		(続柄)				

家族構成	氏名	続柄	年齢	連絡先 又は学校名等 (勤務先は部署まで記入)	連絡先 (TEL)	
					-	-
					-	-
					-	-
					-	-
					-	-

*①非定型的(仕事)・私的(理由) (育児による心身の負担軽減)は 週3回以内

*②緊急一時保育(入院や冠婚葬祭)は原則1ヵ月以内

事業種別	<input type="checkbox"/> 非定型的保育(仕事) サービス事業	<input type="checkbox"/> 私的(理由)等 サービス事業	<input type="checkbox"/> 緊急一時保育 サービス事業
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
利用日	月 火 水 木 金 土	日間	日間
利用時間	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分

利用申請理由	保護者と子どもの写真 (必ず貼付してください)
--------	----------------------------

※保育時間確認	: ~ :	【確認者: 】
(この欄は保育園で記入します)		

チェックを入れてください

一時保育を利用するにあたり、登録園は こぐまの森保育園 箕面彩都園のみです。

健康調査票

※入園(所)説明会および健康診断で知り得た情報は、集団生活を円滑にするためのもので、それ以外の目的では使用しません

子どもさんの健康状態について次の項目に記入、又は○をつけてください。記入日：平成 年 月 日記入

ふりがな 氏名	(第 子)	性別 男・女	年齢 歳 か月	生年月日 平成 年 月 日
健康の記録	・妊娠 () 週で出産 ・分娩異常 (あり ・ なし) ・身長 () cm ・体重 () g ・特記事項 () ・授乳の状況 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) ・首のすわり () か月頃 ・寝返り () か月頃 ・「マンマ」「ワンワン」などの簡単なことばの出始め () か月頃 ・はいはい () か月頃 ・つかまりだち () か月頃 ・歩き始め () か月頃 ・「ワンワン きた」などの簡単な2語文のしゃべり始め () か月頃 ◆平均体温 () °C			
	◆ 健診について ※健診を受けたものすべてに○をしてください () 1か月児健診 () 3か月児健診 () 9~11か月児健診 () 1歳6か月児健診 () 3歳児健診 ・健診で指導を受けたことや経過観察になっていることはありますか？ ()			
予防接種	◆ 予防接種について ※(接種したもの) および【回数】すべてに○をしてください			
	() BCG () 3種混合【1回 2回 3回 追加】 () MRワクチン【1期 2期】 () ポリオ生ワクチン【1回 2回】 () ポリオ不活化ワクチン【1回 2回 3回 追加】 () 4種混合【1回 2回 3回 追加】 () 日本脳炎【1回 2回 3回 追加】 () B型肝炎【1回 2回 3回】 () ヒブ【1回 2回 3回 追加】 () 肺炎球菌【1回 2回 3回 追加】 () 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) () 水痘(みずぼうそう)【1回 2回】 () ロタウイルス () その他【 】			
既往歴	◆ かかったことのある病気があれば記入してください			
	() 麻しん(はしか) _____歳 () 風しん _____歳 () 水痘(みずぼうそう) _____歳 () 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) _____歳 () 百日せき _____歳 () 結核 _____歳 () その他の病気や大きなケガ (_____歳 病名: _____)			
	・現在治療中の病気がありましたら、いつからどんな病気でどんな治療をしているかを記入してください			
	・ひきつけやけいれんを起こしたことがあれば記入してください ・初回 (_____歳) ・最終 (_____歳) ・今までに (_____回) ・状態 (_____) ・けいれん止めの座薬の使用はありますか？ (なし ・ あり)			
	・関節がはずれたことがあれば記入してください ・初回 (_____歳) ・最終 (_____歳) ・今までに (_____回) ・部位 (_____)			
アレルギー	◆アレルギー症状があれば、○をつけてください ※食物アレルギーは別途詳しく聞き取りがあります			
	() 食物アレルギー () アトピー性皮膚炎 () アレルギー性鼻炎 () アレルギー性結膜炎 () 気管支喘息 () じんましん () その他 (_____) ・上の症状で、医師からの指示や治療を受けていれば記入してください(食事療法や内服薬治療など)			
◆その他、健康面で伝えておきたいことがありましたら記入してください				
◆かかりつけ医をお知らせください。 小児科 歯科 耳鼻科 その他				

一時保育 利用申込書

一時保育 ご利用者様

こぐまの森保育園 箕面彩都園

予約希望日を下記の用紙でお申し込みください

児童名() 申込日 年 月 日

- 月
- ・申込月のカレンダーを参考にして、利用希望の日付を入れてください。
 - ・希望日が確定しましたらこちらで○を付けてコピーしてお返しします。

月	火	水	木	金	土

【特記事項】

※保護者記入

予約希望日数

日

※園記入

予約確定数

日

返却方法

どちらかに○をしてください

- ・ FAXを希望します(FAX番号)
- ・ 直接取りに行きます

★仕事や自分の病気で入院・出産などの理由での利用の方は毎月5日から、
その他の理由でご利用の方は 毎月11日から予約が可能です。
受付は平日の10時～17時となります。記入した利用申込書をFAXまたは直接園に提出してください。

利用料

0歳児 2,500円+400円×()日=()円

1・2歳児 2,000円+400円×()日=()円

※園が記入します 3歳児以上 1,800円+400円×()日=()円

※初回のみ連絡帳代180円徴収します。 □購入予定

ゆうちょ銀行から振込む場合

記号：00900-4

番号：209739

口座名義：か ワークプロジェクト

ゆうちょ銀行以外から振込む場合

銀行名：ゆうちょ銀行

店名(カナ)：〇九九店(ゼロキュウキュウ店)

口座種類：当座預金

口座番号：0209739

口座名義：か ワークプロジェクト

振込期日

月 日まで

年 月 日

受付者 領収印

※振込期日までに必ずお振込みいただきますようお願いいたします。

振込確認が取れない場合は予約完了となりません。

※振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。

勤務証明並びに申告書【平成31年度 保育施設手続き用】

児童氏名	利用施設
(年 月 日生)	(園・所)

【ご記入いただくにあたっての注意点】

- 記載内容について入所中の保育施設に情報提供いたします。
- 鉛筆、消えるボールペン（フリクションボールペン等）等で記入されたものは無効となります。
- 必要事項の記入漏れのないようにご注意ください。証明印、証明年月日の無い場合は、受理できません。
- 修正のある場合は、証明印と同一の訂正印を押印してください。修正液、修正テープ等で修正された証明書は無効となります。
- 父母ともに土曜日・日曜日に勤務であると証明がない限りは、土曜保育・休日保育は利用できません。
- 内定の証明の場合は、勤務開始後に再度提出してください。

1 会社や官公庁などに雇用されている場合(必ず全て事業者が記入押印してください。)

勤務者の氏名			児童との続柄	父・母・その他()		
勤務先の名称			電話			
勤務先の所在地			部署・職種			
採用年月日	昭和・平成 年 月 日 (採用 ・ 内定)					
有期雇用の場合	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		更新	有(か月ごと) ・ 無		
雇用形態	① 正規雇用 ② 非正規雇用 ③ アルバイト・パート ④ 派遣社員 ⑤ 契約社員 ⑥ その他() ※正規雇用とはフルタイム勤務かつ期間を定めない雇用形態(原則として月給形態とする)					
雇用主との親族関係	雇用主と三親等以内の親族関係 無 ・ 有 (保護者との続柄) →親族関係がある場合、源泉徴収票など雇用関係の分かる証明をご提出ください。					
勤務状況 (時短勤務については別途「産休・育休等」の欄に記載をしてください。)	固定勤務	勤務日と曜日	週 日 で (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) 勤務			
		平日	時 分	から	時 分	までの実働 時間 分
		土曜日	時 分	から	時 分	までの実働 時間 分
	シフト制	勤務日と曜日	週平均 日 で (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) 勤務の可能性あり			
一週あたり		時間 分	勤務	一か月あたり	時間 分 勤務	
一回の勤務		午前・後 時 分	~	午前・後 時 分	の間で 時間 分 勤務	
産休・育休等 (時短によらない本来の勤務時間を「勤務状況」欄に記載してください。)	産前産後休暇	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	育児休業	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	復職予定日	平成 年 月 日 (確定 ・ 予定)				
	時短制度による勤務時間	時 分	から	時 分	まで：実働 時間 分	
その他特記事項						
従業員の { <input type="checkbox"/> 勤務状況 } について、上記のとおり相違ないことを証明します。 { <input type="checkbox"/> 内定状況 } 記入日： 年 月 日 勤務先所在地 勤務先の名称 代表者の氏名						
					印	

※雇用契約があり、最低賃金が生じている場合に限る

【事業主のかたへ】

- 「勤務状況」等に該当する項目がない場合や補足事項がある場合、「その他特記事項」に現在の状況についてご記入ください。
- 派遣社員の場合、派遣先、派遣元のいずれか、就労状況の詳細が証明できる事業所で発行してください。
- 支社勤務の場合、証明(代表)者は支社の責任者、本社の代表者のどちらでも問題ありません。
- 証明内容について、箕面市幼児教育保育室の職員が事業主のかたに、電話または訪問により確認させていただく場合があります。

2 自営の場合 ※本人または、親族等が事業をしている場合

- 必ず確定申告書など収支が分かる書類のコピーを提出してください。
- 屋号等営業主名について実際の経営でお使いのゴム印を使用してください。

従事者の氏名		児童との続柄	父・母・その他()
勤務先の名称		電話	
勤務先の所在地			
勤務内容			
事業主との続柄	本人・配偶者・子・その他()	従事開始日	年 月 日
従事日数と曜日	週 日 で (月・火・水・木・金・土・日) 勤務		
従事時間	平日	時 分から 時 分まで	実働 時間 分
	土曜日	時 分から 時 分まで	実働 時間 分
収入申告の状況	確定申告・源泉徴収・その他()	雇用人数	従事者の職種
添付書類	(開業届出書・営業許可証・確定申告書) のコピー・その他()		
上記のとおり申告します。 記入日： 年 月 日 屋号等 営業主名 (社印のない場合は営業主印で構いませんので、必ず押印してください。)			

3 傷病・出産・介護(看護)の場合 ※全て医師が記入してください

- 保育施設での保育が必要な理由と期間について必ず具体的にお書きください。病名のみの場合受理できません。
- 証明いただいた内容について関係機関に電話または訪問により確認させていただく場合があります。

傷病(出産)者氏名		児童との続柄	父・母・その他()
傷病等の名称	① () ② 出産		
期間 (出産予定日)	① (年 月 日 ~ 年 月 日) ② 年 月 日出産予定		
保育が困難な理由または介護が必要な理由(医師の意見)			
①疾病 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 常時臥床・絶対安静 <input type="checkbox"/> 安静(子どもの保育ができない) <input type="checkbox"/> 療養(子どもの保育に支障がある) 介護 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 左記以外 <input type="checkbox"/> 介護の内容： <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> その他 ②通院の頻度・回数 () <input type="checkbox"/> 投薬の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③現在の症状や状況などを詳細にご記入ください。			
上記のとおり証明します。 記入日： 年 月 日 医療機関名 所在地 医師の氏名			

4 内職の場合

- 実績が確認できる伝票などを添付してください。

受注者の氏名		児童との続柄	父・母・その他()
内職の内容		契約期間	
発注先の証明欄：上記のとおり証明します。 年 月 日 発注者所在地 会社名 代表者の氏名			
平均従事日数	週 日	従事開始日	年 月 日
平均従事時間	時 分から 時 分まで 時間 分		
上記のとおり申告します。 記入日： 年 月 日 従事する者の氏名			

保育園入園児童健康診断書

入園児童名 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

栄養	上 ・ 中 ・ 下
心疾患	— ・ +
呼吸器疾患	— ・ +
皮膚疾患	— ・ +
耳鼻咽喉疾患	— ・ +
眼科疾患	— ・ +
運動器疾患	— ・ +
情緒・知的発育	— ・ +
身体発育	良 ・ 普 ・ 不
受診態度	協力的 ・ 非協力的

上記児童を診断した結果、保育園入園について
下記の通り判定いたしました。

- (イ) 差し支えない
- (ロ) 差し支えないが治療を続ける
- (ハ) 不適當

備考

年 _____ 月 _____ 日

診断医師氏名 _____

⑩