年　　月　　日

一時保育利用申請書

甘楽町長　様

住　所
保護者
氏　名　　㊞

次のとおり一時保育の入所申込みをします。

ふりがな 児童名	（男・女） 年　　月　　日生（満　　歳）	連絡先（自宅） 連絡先（携帯）

家庭の状況（入所希望児童を除く。）	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先	電話番号
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		
			・　・	男・女		

希望する保育時間等		
	1　利用期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで
	2　利用日	
	3　利用時間	時　分　から　　時　分　まで

申し込みの具体的理由			
	1　非定型保育サービス事業	2　緊急保育サービス事業	3　私的理由保育サービス事業
	ア　保護者の労働（パート） イ　保護者の職業訓練 ウ　保護者の公的行事参加 エ　その他	ア　保護者の傷病 イ　保護者の災害・事故 ウ　保護者の出産・看護・介護 エ　冠婚葬祭等、社会的にやむを得ない事由	ア　心理的・肉体的負担の解消 イ　その他
	その他の具体的理由		

既往症	病名	麻しん風疹	水痘	流行性耳下腺炎	百日咳	突発性発疹
	発症年齢					

予防注射						
	注射名	ツベルクリン	ＢＣＧ	ポリオ	三種混合	
	接種日			１　２	１　２　３　追加	
	注射名	麻しん風疹	水痘	流行性耳下腺炎	日本脳炎	インフルエンザ
	接種日					

体質的特徴	
	○平熱　　度位　　○血液型　　型（ＲＨ　＋・－） ○鼻出血しやすい　　はい　・いいえ ○脱臼しやすい（どこの関節か　　）○股関節脱臼　　有　・　無 ○ひきつけを起こしたことがない　・　ある（　　歳頃）（　　のとき） ○アレルギー　　ぜんそく　　鼻炎　　結膜炎　　湿疹　　アトピー ○食物除去　　無　・有（食品名　　） ○かかりやすい病気（　　） ○食べ方　　一人で食べられる（はし・スプーン）　　・一人で食べられない ○おむつ　　している　　・　　していない ○小便　　一人でできる　　・　　一人でできない ○大便　　一人でできる　　・　　一人でできない ○脱着　　一人でできる　　・　　一人でできない