

## 様式第 1 号(第10条関係)

## いなべ市一時預かり事業（余裕活用型）利用申込書

年 月 日

いなべ市長 宛て

保護者 住所

氏名

氏名

一時預かり事業（余裕活用型）を利用したいので、次の内容に同意して申込みします。

- 1 利用者負担軽減の該当審査のため、市が保護者の課税資料及び住所要件等を閲覧し、照会すること。
- 2 児童を安全に保育するために保育所又は認定こども園の指示に従うこと。
- 3 申込みに必要な書類及び一時預かり事業の利用において必要なものを準備すること。
- 4 保育中に発熱等の理由により保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるため迎えに来ること。

|                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                     |           |               |           |
|--------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-----------|
| 利用児童               | (ふりがな)<br>氏 名 | ( 男 ・ 女 )                                                                                                                                                                                                                                           |           | アレルギー<br>の有無  | 有※1 ・ 無   |
|                    | 生年月日          | 年 月 日 ( 歳 か月)                                                                                                                                                                                                                                       |           | 持病、障がい<br>の有無 | 有※2 ・ 無   |
|                    | 滞在先住所         | <input type="checkbox"/> 保護者住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 保護者住所と異なる ( )                                                                                                                                                                         |           |               |           |
|                    | 体 質           | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん※3 <input type="checkbox"/> 下痢、便秘 <input type="checkbox"/> 脱臼(部位 )                                                                                                                                                   |           |               |           |
| 緊急連絡先<br>(連絡がつくもの) |               | ① (児童との続柄： )<br>② (児童との続柄： )                                                                                                                                                                                                                        |           |               |           |
| 申込み理由              |               | <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 出産※4<br><input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 育児疲れ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |               |           |
| 希望施設名              |               | 第1希望   第2希望   第3希望 <input type="checkbox"/> 利用できる園全て                                                                                                                                                                                                |           |               |           |
| 利用希望日時<br>( ) 月 分  |               | 日                                                                                                                                                                                                                                                   | 時 分 ~ 時 分 | 日             | 時 分 ~ 時 分 |
|                    |               | 日                                                                                                                                                                                                                                                   | 時 分 ~ 時 分 | 日             | 時 分 ~ 時 分 |
|                    |               | 日                                                                                                                                                                                                                                                   | 時 分 ~ 時 分 | 日             | 時 分 ~ 時 分 |
|                    |               | 日                                                                                                                                                                                                                                                   | 時 分 ~ 時 分 | 日             | 時 分 ~ 時 分 |
|                    |               | 日                                                                                                                                                                                                                                                   | 時 分 ~ 時 分 | 日             | 時 分 ~ 時 分 |
| 生活保護の状況            |               | <input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)※5                                                                                                                                                                          |           |               |           |

※1 「有」の場合は、医師が記載した生活管理指導表を添付してください。

※2 「有」の場合は、医師による診断書又は身体障害者手帳（写し）を添付してください。

※3 医師による投薬に係る指示書を添付してください。

※4 里帰り出産の場合のみ、保護者の住民票がいなべ市外の方でも申込可能です。

※5 生活保護の適用が確認できる資料を添付してください。