

様式第1号（第7条関係）

一時預かり利用者登録申込書

年 月 日

紀美野町長 様

保護者(申請者) 住所 紀美野町
氏名
電話番号 ー

一時預かり事業の利用者登録を次のとおり申し込みます。
また、利用料決定の為に下記保護者の税情報を確認することに同意します。

フリガナ		続柄	性別	生年月日(年齢)	登録番号
児童氏名	呼び名:		男・女	年 月 日 歳 か月	第 号 <small>※すでに登録されている場合記入</small>
保護者欄	氏 名	続柄	緊急連絡先〔連絡順〕		勤 務 先
			〔 〕		
児童の健康状態等	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱（具体的に			
	既往歴	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他（			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に			
	睡 眠	就寝～起床時間：（ : ~ : ） 午睡時間： <input type="checkbox"/> いつも（ : ~ : ） <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない 寝かしつけ： <input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> うつぶせ寝 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 抱っこ 寝つき： <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で用便できる <input type="checkbox"/> 一人で用便できない <input type="checkbox"/> オムツ・紙パンツ			
その他	伝えておきたいこと				
預かりの経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 施設等（				

利用料軽減のための記載欄

生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 該当	ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当	第3子以降	<input type="checkbox"/> 該当
在宅障害児(者)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 該当（手帳を添付願います）					

〔町処理欄〕

住基確認	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	一時預かり利用料（1時間あたり）						
決定	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	階層	多子	第1	第2	第3	第4	以上
	年 月 日	金額		0円	100円	200円	200円	500円
登録番号	第 号	軽減	0円	0円	0円	100円	100円	500円