様式第6号（第10条関係）

笠間市こども誰でも通園事業 利用登録票

　年　　月　　日

　　（あて先）くるす保育所　長

　　　　〒　　　　　－

申請者　住所

（保護者）氏名

　　　　　電話　　　　（　　　）

□こども誰でも通園事業の利用について関係書類を添えて申し込みます。

また、本事業の効果検証のため、申請内容について当該施設が笠間市の関係部署に情報提供することに同意します。併せて、他施設を利用していないことを申し添えます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 | （ふりがな）  氏　　　名 | 生年月日 | | | | | 年齢 | 性別 | 現在の保育状況 | | | |
| （ ） | 令和 | | 年 　月 　日 | | |  | 男・女 | □家庭保育（父母・祖父母・　　　　）  □幼稚園・認可外施（　　　　　　　）  □一時預かり（　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用児童の世帯員 | （ふりがな）  氏　　　名 | 続 柄 | | 生年月日 | | | | 年齢 | | 勤務先又は学校，保育所等の名称 | | |
| （ 　　　 ） |  | |  | 年　 月 　日 | | |  | |  | | |
| （ 　　　 ） |  | |  | 年 　月 　日 | | |  | |  | | |
| （ 　　　 ） |  | |  | 年 　月 　日 | | |  | |  | | |
| （ 　　　 ） |  | |  | 年 　月 　日 | | |  | |  | | |
| （ 　　　 ） |  | |  | 年 　月 　日 | | |  | |  | | |
| 緊急連絡先 | | 勤務先番号  （　　　） | | | | | | 携帯番号  　　　　（　　　） | | | | 続柄 |
|  |
| 利用登録を希望する期間 | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　年　月　日  **・利用開始希望日から本年度末を通しての利用を原則とします。**  **※1.利用開始希望日は任意の日付として構いませんが、実際の利用開始日は利用状況を考慮し，協議のうえ決定していただきます。**  **※2.本事業は満３歳未満の児童が対象のため，令和７年３月31日以前に満３歳に達する場合は、満３歳の誕生日の前々日までの利用となります。**  **やむを得ない理由がある場合は相談のうえ、年度途中での利用中断となることは構いません。ただし、利用中断となった場合、次の利用者を決定することとなりますので、利用再開をしたい場合は再度利用申請書を実施施設にご提出いただき利用者調整を受ける必要があります。** | | | | | | | | | | |
| 利用を希望する曜日・時間  **※本事業の利用可能時は「月10時間」が上限です。**  **※時間単位で利用可能です。** | | ① | 曜日 | | | 時　分～　　時　分 | | | | | 週利用時間  時間  月利用時間(4週間)  　　　　　　時間 | |
| ( 毎週・隔週 ) | | |
| ② | 曜日 | | | 時　分～　　時　分 | | | | |
| ( 毎週・隔週 ) | | |
| **・利用希望の曜日と時間帯（週2日利用希望の場合は②まで）をご記入ください。**  **・こちらに記載の曜日・時間で，預かりの調整を行います。（週1~2日程度）** | | | | | | | | | | |
| 世帯状況（〇で囲んで下さい） | | １.生活保護世帯等　　　２.市民税非課税世帯　　　３．ひとり親世帯 | | | | | | | | | | |

（こどもの様子）

|  |
| --- |
| 今まで病気で入院したり大きなけがをしたことがありますか。　　□はい　　□いいえ    　病気・怪我の内容等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　現在の治療の状況　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方薬はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□ない  ある場合　種類・服用時間等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食べ物のアレルギーはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□ない  　ある場合　品目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　程度　例：加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。  　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　医師からの指導内容 |
| 食べ物以外のアレルギーはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□ない  　ある場合　原因（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　医師からの指導内容 |
| 以下の中で該当するものがあればレ点を付けてください。  　□ア 身体障害者手帳を取得している　　　　　　　　　□イ 療育手帳を取得している  　□ウ 障害に関する医師の診断を受けている  　　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□エ 特別支援保育適用申請書（お子さんの様子）を提出している  　□オ その他相談機関において，集団生活上特別な配慮が必要等の意見又は助言を受けている  　　　（機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他，預かりの中で注意してもらいたいこと，心配なこと等があれば記入してください。 |