

令和8年度
一時保育事業利用登録申込書

登録番号	新・再 NO.
登録日	令和 年 月 日

登録児童	ふりがな氏名				性別	生年月日		
	愛称				男・女	令和	年	月 日
	出生歴	在胎週数	週	日		出生時体重		g
	児童の兄弟姉妹	名前： 歳（男・女）			名前： 歳（男・女）			
	通園施設名	保育園・幼稚園					託児経験	
		*認可保育所・小規模保育所・家庭的保育者に在園している児童は対象外					□ない □ある	
	かかりつけ医	医療機関名	(科 先生)					
	電話番号	- -						

予防接種	*済みのものには□に☑を入れてください								
	B型肝炎	①□	②□	③□	MR（麻疹・風疹）	①□	②□		
	ロタウイルス	①□	②□	③□	水痘（水ぼうそう）	①□	②□		
	小児用肺炎球菌	①□	②□	③□	④□	日本脳炎	①□	②□	③□
	五種混合	①□	②□	③□	④□	おたふくかぜ	①□	②□	
	BCG	①□				()	①□	②□	③□

健康状態や発育・発達	*該当するものには□に☑を入れてください				平熱	℃
	熱性痙攣	□ない □ある（初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまでに 回）				
		ダイアップ坐剤予防投与の医師の指示 □ない □ある（体温 ℃以上で挿肛）				
	喘息や喘息性気管支炎	治療 □していない □発作時のみ □している（ 歳 ヶ月頃から）				
		薬物療法 □内服薬 □吸入薬（薬剤名）				
	アレルギー	□ない □ある（原因物質と症状）				
		アナフィラキシーショックの経験 □ない □ある（ 歳 ヶ月頃）				
		アレルギーの件で医師に相談 □していない □している（医師の指示）				
		アレルギー検査 □受けてない □受けた（検査結果）				
	脱臼（肘内障）	□ない □ある（部位、状況）				
その他の病気や怪我	病名（入院 □なし □あり 歳 ヶ月）					
	病名（入院 □なし □あり 歳 ヶ月）					
発育・発達	□気になることはない □気になることがある（）					
配慮してほしいこと	□特にない □ある（）					

保護者	父	ふりがな氏名				母	ふりがな氏名			
		携帯電話	- -				携帯電話	- -		
		勤務先名					勤務先名			
		勤務先電話番号	- -				勤務先電話番号	- -		
	住所	(〒 -)								
	自宅電話番号	- -								

実施施設が定める利用規約などを理解し、同意した上で一時預かりの利用登録の申し込みをします。

申込者（保護者）名

印

*自署の場合押印不要

【乳児医療証】

のり

乳児医療証のコピーをこちらに貼ってください

【医療保険の資格情報】

書類を確認させていただき、園が貼付いたします

下記の書類のどちらか1つをお持ちください

- マイナポータルで取得した「被保険者資格情報」のコピー
- 「資格情報のお知らせ」のコピー
※勤務先や保険者(協会けんぽや健康保険組合等)から届く通知書のコピー
- 「資格確認書」のコピー
※マイナ保険証の利用登録がない場合に交付される書類のコピー

怪我や体調不良等の緊急時の病院受診に、こちらのコピーを使用いたします

緊急時の病院受診は、保護者様にも同行をお願いしております
「乳児医療証」と「医療保険の資格情報」の原本をお持ちください