

一時預かり事業利用申請書

令和 年 月 日

（あて先）仙台市長

〒 _____
 申請者 住所 _____
 （保護者）氏名 _____
 電話 _____（ ）

一時預かり事業の利用について関係書類を添えて申請します。

利用希望児童	(ふりがな) 氏名 ()	続柄	生年月日 年 月 日	年齢	性別 男・女	現在の保育状況 家庭・その他 []
	()		年 月 日			
家族等の状況	(ふりがな) 氏名 ()	続柄	生年月日 年 月 日	年齢	勤務先の名称及び連絡先	
	()		年 月 日		TEL ()	
	()		年 月 日		TEL ()	
	()		年 月 日		TEL ()	
	()		年 月 日		TEL ()	
	()		年 月 日		TEL ()	
緊急連絡先		父 TEL ()		母 TEL ()		
申請区分 (○で囲んで下さい)		申請理由		利用を希望する期間・曜日・時間等		
1 非定型保育		※勤務場所 () ※勤務時間 ()		年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
2 緊急保育				年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
3 私的理由				年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
4 継続的利用保育		※勤務場所 () ※勤務時間 ()		年 月 日～ 月 日 (月・火・水・木・金・土) (平日) 時 分～ 時 分 (土曜) 時 分～ 時 分		
世帯状況 (○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 その他の世帯
施設等利用給付認定番号 (認定を受けている場合)		認定有効期間 (~)				

※ 生活保護世帯等：生活保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯

上記申請区分で「**継続的利用保育**」を申請した方のみ記載してください。

1	現在支給認定を受けており保育施設等の利用待機となっている	はい ⇒ 下記2へ ・ いいえ
2	上記申込状況及び保育料について施設が仙台市に確認することに同意する	はい ⇒ 下記3へ ・ いいえ
3	継続的利用保育を他施設で利用している	はい ⇒ 下記4へ ・ いいえ
4	利用施設名 (予定含む) 【 _____ 】	

継続的利用保育サービスを利用しており、1ヶ月の利用料の合計が50,000円を超える場合（複数の施設で利用した際の利用料合

計が 50,000 円を超える場合も含む) は、利用料が減免となる場合がありますので、利用する施設にお申し出ください。

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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> ア 身体障害者手帳を取得している	<input type="checkbox"/> イ 療育手帳を取得している	
<input type="checkbox"/> ウ 障害に関する医師の診断を受けている (内容：)		
<input type="checkbox"/> エ 障害児等保育利用申請書 (お子さんの様子) を提出している		
<input type="checkbox"/> 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、保育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 ()		