地域子育て支援拠点一時預かり事業



**一時預かりのご案内**

**～リフレッシュしてハッピー子育て**❤～









病院へ

いきたいけど

美容院へ

いきたいなあ

たまには

息抜き

したいなあ

ゆっくり

買い物

したいなあ

**≪概要.≫**

* **対象年齢 ： 生後6か月　～　就園前の子ども**
* **開室日時 ： 月～金曜日　9：00～16：00　＊祝日除く**
* **利用時間 ： 1日1回最大4時間**
* **利用料金 ： 1時間につき500円／1人当たり　＊おつりのないように**
* **申し込み ： 預かり日の1週間前から前日までの月～金曜日（祝日以外）**

**（行事・予約人数等でお受けできないこともあります。）**

当日の持ち物

　　　・オムツ　・おしりナップ　・ナイロン袋2枚程度　・着替え一式

　　　・タオル　・水分

　　　（時間帯により：ミルク　哺乳瓶　口拭きタオル　など）

問合せ先：穴水町子育て世代包括支援センター

電話：0768-52-3210



[別記様式第1号](#e000000142)（第12条関係）

（表）

一時預かり事業利用申請書

年　　　月　　　日

　　あて先　穴水町長

住所　　穴水町字

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　一時預かり事業を利用したいので次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児氏名 | フリガナ | H・R　　年　　月　　日生（　　歳児） | 男・女 |
| 　 |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先 | 電話番号 | 主な送迎者 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 一時預かり事業を必要とする具体的理由□ 通院　　　□ 看護　　　□ 学校等の行事　　　□ 冠婚葬祭□ リフレッシュ（育児疲れの解消）　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望日 | 利　用　希　望　時　間 |
| 年　　　月　　　日 | 時　　　分から　　　　時　　　分まで　 |
| 生活保護の状況 | 適用なし　・　適用あり（　　　　年　　　月　　　日保護開始） |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | 連　絡　先　住　所 | 電　話　番　号 |
|  |  |  |
|  |  |  |

　＊裏面もご覧ください。

（裏）

【一時預かり事業】を実施するに当たり、下記の健康チェックにお答えください。

＊お子様について...　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳）

１　ひきつけをおこしたことがありますか。（　ある　・　ない　）

　　・ある場合　→　　ア　熱が（　　　）度位でひきつける

　　　　　　　　　　　イ　熱がなくてもひきつける

　　　　　　　　　　　ウ　その他

２　てんかん発作をおこしたことがありますか。（　ある　・　ない　）

　　・ある場合　→　（　　　）歳のとき

３　関節がはずれやすいですか。（　はい　・　いいえ　）

　　・はいの場合　→　部位（　　　　　　　　　　　　　）

４　食品のアレルギーがありますか。（　ある　・　ない　）

　　・ある場合　→　具体的に詳しく記入してください。

５　その他、体質的なことで気になることがありますか。（　ある　・　ない　）

　　・ある場合　→　具体的に詳しく記入してください。

６　今までに、または現在、大きな病気やケガ、手術などの経験がありますか。

　　例：心臓病、腎臓病、骨折など　　　　　　　　　　（　ある　・　ない　）

　　・ある場合　→　具体的に詳しく記入してください。

ご協力、ありがとうございました。