

一時預かり事業（一般型）利用申込書

登録番号	
------	--

北見市長様
（事業実施施設）長様

次のとおり、一時預かり事業（一般型）を利用したいので申し込みます。 ※同意の上、☑をつけてください。

- 一時預かり事業（一般型）の利用に必要があるときは、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）に基づき、教育・保育施設の施設長が、北見市長に対し、住民税の情報（同居者を含む。）について確認すること。

（保護者）※保護者は、必ず申込児童と同居所者としてください。 申込日 年 月 日

保護者現住所			
フリガナ		申込児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> その他（ ）
保護者氏名 ※署名（自署）		勤務先・学校等	
生年月日	. . . () 歳	年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 北見市 <input type="checkbox"/> 北見市外（ ）
		年1月1日の住民登録地	<input type="checkbox"/> 北見市 <input type="checkbox"/> 北見市外（ ）
連絡先	自宅： - -	父： - -	母： - -
	その他（ ）： - - ※（ ）内には、申込児童との続柄を記入してください。		
利用料免除の申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村住民税非課税 <input type="checkbox"/> 所得割合算額 77,101 円未満）		
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（ 年 月 日より開始） 保護課担当者名： _____		

（申込児童の情報及び利用を希望する理由）

フリガナ		性別	男・女	生年月日 年 月 日	年 月 日
申込児童氏名				年齢	年 4月 1日時点の満年齢 満 歳
利用期間及び 利用時間	年 月 日 から 年 月 日まで				
	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで				
申込理由	<input type="checkbox"/> ①非定型的保育児童 ※就労、就学など <input type="checkbox"/> ②緊急保育児童（原則として1か月以内の利用で対応できるものに限る。） ※通院、事故など <input type="checkbox"/> ③私的理由保育児童〔心理的負担・肉体的負担・その他（ ）〕				
上記において①または②を選択した場合、利用を希望する理由に☑					
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労（1日 _____ 時間、週 _____ 日就労） <input type="checkbox"/> 通院（内容： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		<input type="checkbox"/> 介護・看護（被介護者名： _____、続柄 _____） <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練（1日 _____ 時間、週 _____ 日就学） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労（1日 _____ 時間、週 _____ 日就労） <input type="checkbox"/> 通院（内容： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		<input type="checkbox"/> 介護・看護（被介護者名： _____、続柄 _____） <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練（1日 _____ 時間、週 _____ 日就学） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		

（世帯・同居所者） ※上記の保護者と申込児童を除く同居所の住宅（玄関が1か所であり、住宅内で行き来のできる2世帯住宅を含む。）に居住する者、及び別居の家族すべてを記載してください。

（フリガナ）氏名	申込児童との続柄	生年月日	年齢	同・別居の区分	住民税	勤務先・学校等施設
（ ）		. . .	歳	同・別	有・無	
（ ）		. . .	歳	同・別	有・無	
（ ）		. . .	歳	同・別	有・無	
（ ）		. . .	歳	同・別	有・無	

（健康・発達の状況）

1. 現在、持病等がありますか。（風疹、はしか等の一時的なものは除く。）
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> 他（ ）
2. 発達、発育に関する相談や指導を目的に、医療機関や専門の機関（病院、子ども総合支援センター「きらり」、児童相談所等）を利用している、もしくは利用したことがありますか。
<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用したことがある／利用している
3. 心配事や、注意してほしいことなどありましたら詳しく記入してください。

