

一時預かきのしあい



地域子育て支援センター TEL：89-2210（道仏保育園内）
階上町 すこやか健康課 TEL：38-1237（児童グループ）

◆一時預かり事業とは？

就学前の児童を、次の理由によって一時的に保育する事業です。

- 保護者の就労、就学等（週3日程度）により断続的に家庭保育が困難となる児童
- 保護者の病気や災害、冠婚葬祭等により緊急・一時的に家庭保育が困難となる児童
- 保護者のリフレッシュ等私的理由により一時的に家庭保育が困難となる児童 など

◆実施場所

地域子育て支援センター：すこやかる～む（道仏保育園内）

住所：階上町大字道仏字向17-3 電話：0178-89-2210

☆子育て支援センターは、毎年度町内の保育施設が持ち回りで実施しています。

令和3年度は道仏保育園が実施しています。

◆利用定員・対象児童等

1日あたりの利用定員：おおむね5人まで（3歳未満児は3人まで）

対象となる児童：生後6か月～就学前までの児童

☆一時預かりを利用できる日数は、1月あたり14日以内です。

◆利用までの流れ

一時預かりは、事前に利用登録手続きを行ってから利用となります。

1. 「一時預かり事業利用登録申請書」と「生活状況表」に必要事項をご記入の上、利用する1週間前までに地域子育て支援センターへ提出してください。（年1回のみ提出）
★提出の際に面談を行いますので、お子さんと一緒に時間に余裕をもって来てください。
2. 登録後は利用希望日の前日の午前中までに、地域子育て支援センターへ電話で利用予約をしてください。
★利用する日や利用時間、お子さんの氏名などを忘れずにお伝えください。
3. 利用当日までに「一時預かり事業利用申込書」に必要事項を記入し、地域子育て支援センターに提出して利用となります。
★キャンセルや利用時間の変更をする場合は、決まり次第なるべく早く連絡をしてください。利用日当日キャンセルや変更は午前9時までに連絡してください。
4. 利用時間内にお迎えをお願いします。

◆利用時間・料金

《利用時間》

月～土曜日 9時～16時まで（支援センター開所時間内）

☆日・祝日、年末年始、施設が開設できない日は除きます。

《利用料金》

・3歳未満児 1時間 300円 ・3歳以上児 1時間 250円

・給食の提供を希望する方 200円

☆お弁当やミルク等を持参する場合は、給食提供に係る費用は不要です。

※別途傷害保険料がかかります。子育て支援センターへお問い合わせください。

《利用料金の支払い》

・利用料金は、毎回利用するごとにお支払いいただきます。お釣りのないよう準備してお迎えに来てください。

◆持ち物

- ・着替え：パンツ・Tシャツ・ズボンなど季節に合わせたものを2組程度
- ・汚れ物を入れる袋：ビニール袋2～3枚
- ・お昼寝をする児童：バスタオル2枚
- ・おむつをしている児童：おむつ5～6枚
- ・その他、地域子育て支援センターで指定する持ち物

☆持ち物すべてに記名をし、一つの袋等に入れて持って行きましょう。

◆お願いしたいこと

- ・利用理由、緊急連絡先は必ず明確にしておいてください。住所、電話番号などの変更はお早めにお知らせください。
- ・送迎は必ず保護者が付き添い、職員に確認してください。保護者以外の方が付き添われる場合は、必ず事前にご連絡ください。
- ・伝染病にかかっている時、熱（37.5度以上）がある場合はお預かりすることができません。また、下痢、嘔吐、目の充血など、お子さんの様子がいつもと違う場合についてもお預かりできないことがありますので、必ず職員に状況を伝えるようにしてください。なお、薬のお預かりはいたしませんのでご了承ください。
- ・お預かり中に発熱（37.5度以上）、嘔吐等の体調不良が生じたときは、緊急連絡先にご連絡させていただきますので、なるべく早くお迎えに来てください。
- ・アレルギー等がある場合は、事前に職員に相談してください。
- ・服装は、動きやすく着脱しやすい物、汚れても構わない物でお願いします。靴は足に合った運動靴（サンダル以外）を履かせてください。
- ・個人ごとに決めた利用時間は、必ずお守りください。

一時預かり事業利用登録申請書

令和 年 月 日

階上町長 宛て

保護者 住所
氏名 印

一時預かりを利用したいので、次のとおり登録します。

登録児童氏名	生年月日	性別	備考
ふりがな	平成 年 月 日 令和	男・女	
ふりがな	平成 年 月 日 令和	男・女	

一時預かりを必要とする理由 (当てはまる理由に <input checked="" type="checkbox"/> 複数可)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 保護者等の病気 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ・自己啓発等 <input type="checkbox"/> その他 ()
児童の健康状態及び保育に当たって、特に注意が必要なこと	

生活状況表

児童氏名 _____

当てはまる項目に○又は記入をしてください。

食事	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時間 (朝 時 分 / 昼 時 分 / 夕 時 分) ・食事方法 一人で食べられる 少し介助が必要 食べさせてもらう スプーンを使う はしを使う ・好きなもの () ・嫌いなもの ()
睡眠	<ul style="list-style-type: none"> ・昼寝 する (時～ 時) するが時間は決まっていない しない ・睡眠時間 (夜) 時 分～ 時 分 ・寝る時のくせ ()
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ 自分でいく 知らせる 知らせることができない ・履き物 パンツ トレーニングパンツ おむつ ・大便 1日 回 (午前 午後 不定) ・おしっこ (時間おきに行く 不定) ・おねしょ (する しない 時々)
予防 接種	BCG 三種混合 ポリオ 風しん おたふく 麻しん 水ぼうそう その他 ()
既往症	水ぼうそう 風しん 麻しん おたふく 突発性発疹 百日咳 その他 ()
かかりやす い病気・ 体質	ひきつけ (熱は? なし あり) 中耳炎 アトピー性皮膚炎 便秘しやすい 下痢しやすい 頻尿 ヘルニア (部位:) 脱臼 (部位:) その他 ()
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー なし あり→※の設問へ ※アレルギー検査の実施 医療機関で実施済み 未実施 ※症状 () ※除去する必要のある食品 () ・人見知り なし あり ・言葉 はっきりしている はっきりしない ・集団経験 なし あり (利用施設名:) ・お子さんの平熱 (度 分) ・普段の生活で関わっている方 母 父 祖母 祖父 おじ・おば その他 ・保育する上で気を付けてもらいたいこと

一時預かり事業利用申込書

令和 年 月 日

階上町長 宛て

保護者 住所

氏名

印

次のとおり一時預かり事業を利用したいので申し込みます。

利用児童氏名	生年月日	性別	登録番号
ふりがな	平成 令和 年 月 日	男・女	
ふりがな	平成 令和 年 月 日	男・女	

一時預かりを必要とする理由 (当てはまる理由に <input checked="" type="checkbox"/> 複数可)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 保護者等の病気 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 保護者のリフレッシュ・自己啓発等 <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---

●利用を希望する日

●利用時間

令和 年 月 日 ()	: ~ : (時間)
令和 年 月 日 ()	: ~ : (時間)
令和 年 月 日 ()	: ~ : (時間)

●緊急連絡先(確実に連絡が取れる先を記入すること。()内には自宅・携帯・会社等を記入)

第1連絡先	()
第2連絡先	()
第3連絡先	()

※理由が「就労」「就学」の場合は、会社(学校)名と住所を記載してください。

会社名 :	住所 :
学校名 :	住所 :