令和７年度　仙台市　乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）

 利用申請書

　　年　　月　　日

　　　　〒　　　　　－

申請者　住所

（保護者）氏名

　　　　　電話　　　　（　　　）

　　（あて先）（実施施設名）

令和７年度　仙台市　乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）（以下、「本事業」）の利用について、次の事項を確認・同意のうえ、関係書類を添えて申し込みます。

１　本事業は仙台市に居住している児童が対象です。

２　利用する児童が、仙台市が利用申込み先となる保育施設等（保育所、認定こども園、地域型保育事業）及び企業主導型保育施設を利用している場合、本事業は利用できません。

３　本事業を複数の施設で利用できません。

４　本事業の実施に必要な限度で申請内容等利用施設が保有する情報を仙台市に提供することがあります。

５　集団保育が著しく困難であると判断された場合は利用ができない場合があります。

６　その他、利用施設と事前に確認した約束事やルールに従って利用します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望児 | （ふりがな）氏　　　名 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 現在の保育状況 |
| （ ） | 令和 | 年 　月 　日 |  | 男・女 | □家庭（父母・祖父母・　　　　　　　　　）□幼稚園・認可外施設等（　　　　　　　　）□一時預かり（　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望児の世帯員 | （ふりがな）氏　　　名 | 続 柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先又は学校，保育所等の名称 |
| （ 　　　 ） |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ | 年　 月 　日 |  |  |
| （ 　　　 ） |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ | 年 　月 　日 |  |  |
| （ 　　　 ） |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ | 年 　月 　日 |  |  |
| （ 　　　 ） |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ | 年 　月 　日 |  |  |
| （ 　　　 ） |  | Ｓ・Ｈ・Ｒ | 年 　月 　日 |  |  |
| 緊急連絡先 | 勤務先番号　　　　（　　　　） | 携帯番号（　　　　） | 続柄 |
|  |
| 利用を希望する期間 | 令和　　年　　月　　日　※１～　令和　年　月　日　※２，３**※１…事業開始時の申し込みの場合は令和７年４月１日，それ以降の場合は任意の日付として構いませんが，実際の利用開始日は利用状況を考慮し，実施施設との協議のうえ決定していただきます。****※２…本事業の実施期間は令和８年３月３１日までです。****なお本事業は満３歳未満の児童が対象のため，満３歳の誕生日の前々日までご利用いただけます。****※３…やむを得ない理由がある場合，実施施設に相談のうえ，年度途中での利用中断となることは構いません。ただし，利用中断となった場合，次の利用者を決定することとなりますので，利用再開をしたい場合は，再度利用申請書を実施施設にご提出いただき，利用者調整を受ける必要があります。** |
| 利用を希望する曜日・時間**※本事業の利用可能時間は****「月10時間」が上限です。****※時間単位で利用可能です。** | ① | 曜日 | 時　　分　～　　時　　分 | 週利用時間　　　　時間月利用時間(4週間)時間 |
| ( 毎週・隔週 ) |
| ② | 曜日 | 時　　分　～　　時　　分 |
| ( 毎週・隔週 ) |
| **・利用希望の曜日と時間帯（週2日利用希望の場合は②まで）をご記入ください。****・こちらに記載の曜日・時間で，預かりを行います。（週1~2日程度）** |

（こどもの様子）

|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　□はい　　□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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ある　　□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　□ア 身体障害者手帳を取得している　　　　　　　　　□イ 療育手帳を取得している　　　　　　□ウ 障害に関する医師の診断を受けている　　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□エ 特別支援保育適用申請書（お子さんの様子）を提出している　□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，預かり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 |