

一時保育 入会申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		性 別	生 年 月 日
お子様の氏名		男 ・ 女	平成 令和 年 月 日生
フリガナ			
自宅の住所	〒		
保護者の氏名		T E L	
緊急連絡先		T E L	
メールアドレス			
情報源	チラシ 情報源 友人 ・ 知人の紹介 HP その他 ()		

お子様の家での様子

好きな遊び		家での呼び名	
血液型	型	平均体重	
排 泄	一人のできる まだできない	兄弟姉妹	人 (第 子)
健康状態 (注意する体質 ・ 気になることなど)		平 熱	℃
保護者から見たお子様の性格	園で特に注意してほしいこと		

ご契約にあたっての了解事項とお願い

お子様に伝染病などの疑いがある、または37.5℃以上の熱がある場合は、お預かりできません。

②勤務先や連絡先に変更があった場合、別の方がお迎えに来る場合は、必ずお知らせ下さい。

③お子様のお迎えが予定よりも遅れる場合は、事前に必ずご連絡を入れて下さい。

④お子様が傷害を被った際は、当園が加入する保険会社の規定範囲内で補償させていただきます。

⑤当日のご予約のキャンセルにつきましては、予約時間帯の保育料金全額をご負担頂きます。

上記内容に同意して契約を締結致します。

保護者氏名

印

一時預かり保育 利用規約

- 第1条 名称及び所在地
名称を「ひかりの森保育園」（以下、「本保育園」という）とし、本保育園を昭島市大神町 2-5-19 に置く。
- 第2条 設置者・運営者
設置者・運営者を、株式会社シマモト（以下、「当法人」という）（代表取締役：矢嶋 康人・住所：昭島市昭和町 5-11-16）とする。
- 第3条 管理者
管理者を、園長 安藤 寛美（住所：昭島市大神町 2-5-19）とする。
- 第4条 目的
保護者の育児疲れ解消等私的な理由、その他の理由、もしくは保護者の勤務形態により家庭における育児が断続的に困難となり、一時的に保育できない児童を預かることを目的とする。
- 第5条 一時預かり保育の方針
「毎日いきたくなる保育園」のコンセプトの下、保育士がチームとなり、児童の保育にあたり、身体、精神両面のケアを施し、リラックスできて楽しく安全に過ごせるよう配慮する。
- 第6条 保育の対象
1. 利用対象は、生後6ヶ月から概ね5歳児までの児童とする。
2. 本一時預かり保育は余裕活用型であり、定員は本保育園の月極利用児童数が利用定員総数に満たない場合の空き枠分とする。月極保育の契約児童数が利用定員総数を満たす場合は一時預かり保育は実施しない。
- 第7条 利用方法
1. 利用時間は次のとおりとする。
月～日曜日（祝日・年末年始等含む）：午前 8:30～午後 5:00 の間の最大 8 時間まで
2. 予約は次のとおりとする。
①利用日前々日の午後 4 時 45 分までに電話予約をする。（平日に限る）
②利用当日の予約は定員に余裕があるときに限り受け付ける。
③予約のキャンセルは利用日前日の午後 5 時 30 分までとする。無断キャンセルの場合は保育料金を請求することがある。

第8条 利用料金及び持物等

利用料金は以下の通りとする。

利用条件	一時預かり利用登録		
利用区分	0～2歳児	3～5歳児	パートナー企業
1時間まで	600円	600円	600円
2時間まで	1,200円	1,000円	0～2歳 1,100円 3歳以上 900円
2時間を超え4時間まで	2,000円	1,500円	0～2歳 1,500円 3歳以上 1,200円
4時間を超え8時間まで	3,500円	2,500円	0～2歳 3,000円 3歳以上 2,000円
昼食・おやつ	500円・300円	500円・300円	500円・300円

1. 昼食・おやつについては提供に応じ、別途費用を支払う。
2. オムツなどの必要な身の回りの物は各自で用意すること。また、用意したものに不足が生じ、やむを得ず本保育園が調達したものについては別途費用を支払う。

第9条 利用料金支払方法

利用料金は児童のお迎え時に精算する。

第10条 補償制度

本保育園を利用するにあたり、万一事故等が発生した場合、保険適用範囲内において補償（賠償責任保険、施設賠償・生産物賠償：対人1名2億円、1事故5億円、対物1事故200万円まで）を受けることができる。但し、病状悪化等、本保育室の責に帰することが出来ない事由による事故等の場合はこの限りでない。

第11条 加入保険の種類・保険内容・保険金額

保険の種類	全国私立保育連盟 保育施設向け総合保険		
保険内容	死亡	障害	入院通院日額
保険金額	118万円/人	118万円/人	入院 1,600円/日 通院 1,000円/日

保険の種類	全国私立保育連盟 施設賠償責任保険		
保険内容	対人	対物	生産物
保険金額	2億円/1名 5億円/1事故	200万円/1事故	2億円/1名 5億円/1事故 対物 200万円/1事故

※免責金額：対人・対物ともそれぞれ1事故につき1万円

第12条 補償の限度

一時預かり保育を利用中に万が一事故等が発生した場合は、賠償責任保険の責任範囲内での補償とする。ただし、特異体質の児童を預かって、その体質に起因する事故が生じた場合や疾病が認められる児童を預かって、その症状が悪化したような場

合には、責任は負担しない。

第13条 利用制限

次の各号のいずれかに該当する場合は、受け入れをお断りする場合がある。

- ①児童の体調等により、保育が不適切と本保育園が判断したとき。
- ②新型インフルエンザ等感染症の発生、流行など、感染の危険性が高いとき。
- ③気象警報等が発令されたとき。
- ④本保育園の保育方法に同意しないとき。
- ⑤本利用規約に従わないとき。

第14条 保護者の義務

児童の保護者は、本保育園に対して保育に必要な情報を提供しなければならない。また、本保育園を利用する間、「利用申請書」に記載した緊急連絡先に常に連絡でき、緊急時でも保護者の意思が確認できるよう努めなければならない。

第15条 個人情報の取扱い

本保育園は、保護者が一時預かり保育を利用する際、保護者及びその児童の個人情報（生存する特定の個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述により特定の個人を識別することができるものをいう。以下同じ。）を取得し、以下の目的で利用する。保護者は、本保育園保護者及びその児童の個人情報を取得することに同意したものとみなす。

- ①本保育園から保護者に連絡する必要がある場合の連絡先の確認
- ②保護者による利用料金の支払いの有無の確認

第16条 相談窓口

利用にあたっての相談、質問、苦情等の窓口は、 安藤 寛美 （電話 042-544-5666）とする。

第17条 規約の変更

本保育園は、必要と判断する場合、本利用規約を変更することがある。本保育園は、当該変更の効力発生日を定め、当該変更を行う旨、変更後の内容及びその効力発生時期を本保育園ホームページ及び本保育園内掲示板等に掲示することで周知するものとする。この場合、当該効力発生日をもって、個別の同意を得ることなく、当該変更後の本規約が全ての利用者に対し適用されるものとする。

第18条 反社会的勢力ではないことの表明・確約

1. 保護者は、反社会勢力（暴力団、暴力団員、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋等、社会運動等標ぼうゴロ又は特殊知能暴力集団、その他これらに準ずる者をいう。以下同じ。）に該当しないこと及び反社会的勢力に関与していないことを表明し、かつ将来にわたっても該当及び関与しないことを確約する。

2. 保護者が、次の各号のいずれかに該当した、もしくは該当するおそれがあると本保育園が認めた場合には、本保育園から申込者・保護者に通知することにより、本保育サービスの利用をできなくなるものとする。

① 反社会勢力に該当した場合。

② 前項の表明・確約に関して虚偽の申告をしたことが判明した場合。

第19条 準拠法及び管轄

1. 本利用規約の準拠法は、日本法とする。

2. 本利用規約および本保育園ご利用に関して生じるすべての紛争については、東京地方裁判所又は東京簡易裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とする。

以上、規約の内容を理解、承認したうえで利用申請をします。

令和 年 月 日

保護者署名欄

家 庭 調 査 票

ふりがな

園児名 [] [男・女] 生年月日 [H・R 年 月 日]

住 所 [〒]

＜緊急時の家族・保護者様への連絡＞

園が一番始めに電話する電話番号を①に書いてください。つながらない場合は、②、③の順番になります。

- ① 携帯番号 [] 連絡先 []
 ② 携帯番号 [] 連絡先 []
 ③ 携帯番号 [] 連絡先 []

家族氏名	生年月日	性別	園児から見た 続柄	勤務先（学校名・学年）
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

自 宅 付 近 の 略 図	目標や道しるべになるものは、特にくわしく書いてください。
---------------------------------	------------------------------

＜かかりつけの病院＞

内 科	TEL.	外 科	TEL.
整形外科	TEL.	眼 科	TEL.
歯 科	TEL.	耳 鼻 科	TEL.

保険証	国民保険・社会保険・その他の保険 []	記号 []
	被 保 険 者 氏 名 []	番号 []

記入日： 年 月 日

児 童 健 康 記 録 票

園児名： _____

<出産時の状況> (正常 ・ 帝王切開 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 早産)

・ 出生体重： _____ g ・ 早産である方のみ (第 _____ 週)

・ 療育指導を受けている [はい ・ いいえ]

通所名： [_____]

内 容： [_____]

・ 乳幼児健診で相談していること [ある ・ ない]

内 容： [_____]

・ 障害手帳をもっている [はい ・ いいえ]

・ その他 心配なこと・気になること [_____]

<発育の様子>

笑いはじめ	ヶ月	這いはじめ	ヶ月	歯のはえはじめ	ヶ月	歩行完成	ヶ月
首がすわった	ヶ月	つかまり立ちはじめ	ヶ月	話しはじめ	ヶ月		
寝返り	ヶ月	人見知りの時期	ヶ月	ひとり歩きはじめ	ヶ月		

<健康状態> 該当するものがあれば○をして下さい。

- ・ 風邪をひきやすい
- ・ 鼻血がでやすい
- ・ 扁桃腺が腫れやすい
- ・ 湿疹が出やすい
- ・ 喘息である
- ・ 脱臼しやすい (部位： _____)
- ・ 下痢しやすい
- ・ 便秘ぎみである
- ・ その他 (_____)

【該当するものがあれば記入して下さい。】

継続的に 治療中の病気	(アトピー性皮膚炎、喘息、心臓疾患など)		医療機関名	
			治療状況	
ひきつけ等の 状況	ひきつけ、けいれん てんかん	あり ・ なし	熱 度 / 歳頃	座薬 あり ・ なし
			その後 回 最近	年 月
食物 アレルギー について	有 ・ 無	あり ・ なし	※除去食など、個別対応を希望する場合、ご連絡下さい。 医師の診断書及び園からの書類の記入等があります。	
	医師の 診断	あり ・ なし		
	給食など 個別対応	希望する ・ しない		
	エビペン使用	あり ・ なし		

これまでの重い病気・大きいけが・入院	期 間
	年 月 ～ 年 月まで
	年 月 ～ 年 月まで

裏面へ続く

<予防接種> 予防接種日・罹患日を記入してください。

★追加記入の際は赤ボールペンでご記載をお願いいたします。

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	罹患日
B型肝炎					
ヒブ					
小児用肺炎球菌ワクチン					
四種混合					
日本脳炎					
ロタウイルス					
BCG					
MR（麻しん・風しん混合）					
みずぼうそう（水痘）					
五種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、ヒブ）					
おたふくかぜ（任意）					

※四種混合を接種している児童はヒブも記載をお願いいたします（五種混合は記載不要です）。

五種混合を接種している児童は四種混合とヒブ記載不要です。

児 童 票 (0～2 歳児)

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ				性別	生年月日		
氏 名				男 ・ 女	H R	年	月 日
血液型	型	体重	k g	平熱	℃	年齢	歳 ヶ月
お 子 様 の 家 庭 で の 様 子	食 事	*朝食の時刻 (時頃) *夕食の時刻 (時頃) *離乳食 (一日 回) (. . 頃) *食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) *偏 食 (ない ・ ある) *嫌いな食べ物 ()					
	排 泄	*排 尿 (自分でできる ・ 知らせる ・ まだできない) *排 便 (自分でできる ・ 知らせる ・ まだできない) *おむつ (日中... する ・ しない 夜... する ・ しない)					
	睡 眠	*起 床 (時 分) *就 寝 (時 分)					
	清 潔	*手 (自分で洗える ・ まだ洗えない) *顔 (自分で洗える ・ まだ洗えない) *歯 (自分で磨ける ・ まだ磨けない)					
	着 脱 衣	*服を着る (一人で着られる ・ 少し手伝えば着られる ・ 着られない) *服を脱ぐ (一人で脱げる ・ 少し手伝えば脱げる ・ 脱げない)					
	聴 力	*正 *やや難聴 *難聴 *耳垂れが出る *その他 ()					
	言 葉	*はっきり話せる *少しどもる *単語がでる *声がでる *その他 ()					
	行 動	*寝たまま *首が座っている *寝返る *座る *はいはい *立つ *伝い歩き *歩行自立					
	性 格	*気が強い *社交的 *甘えん坊 *強情 *やさしい *わがまま *素直 *怖がり *内気 *泣き虫 *その他 ()					
気になること・注意すべきこと							

※この調査票は、日々の保育にて参考にするためのものです。それ以外には使用することはありません。

保育主任	保育士	保育士	保育士	保育士	保育士	保育士	保育士	施設長

入園前健康診断書

病院様 各位

ひかりの森保育園

保育園入園に際しまして、下記の通り健康診断をお願い致します。

氏名	(男 ・ 女)			
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)			
検診年月日	令和 年 月 日			
測定	身長 cm	体重 Kg	胸囲 cm	頭囲 cm
栄養状態	細身 ・ 普通 ・ 肥満			
聴診				
脊椎・胸部・腹部の疾患	有 ・ 無			
眼の疾患及び異常	有 ・ 無 めがね使用 (あり ・ なし)			
耳鼻咽頭疾患 (難聴・その他)	有 ・ 無			
皮膚疾患	有 ・ 無			
その他の疾患及び異常	有 ・ 無			
医師所見				
	集団保育 (可 ・ 不可)			
病院名 医師名	印			

※個人情報保護法に基づいて、上記ご記入いただいた個人情報は適正に取り扱い致します。

マイナポータルに表示される被保険者資格情報の PDF または
資格情報のお知らせのコピー

貼付

子育て支援医療受給資格証のコピー

貼付

*貼付がうまくいかない場合は、ホチキスでとめて下さい。

記入日： 年 月 日

緊急時連絡・引き渡しカード				保護者印	園長印
園児氏名			性別		生年月日
住 所	〒 電話 () -			血液型	
保護者名			園児との関係		
在園する					
兄弟姉妹	氏名		氏名		優先順位
緊急時の 連絡先 (優先順に)	保護者1	氏名(ふりがな)	続柄	勤務先	1
				部署名	
				電話 () -	
	保護者2	氏名(ふりがな)	続柄	勤務先	2
				部署名	
				電話 () -	
	その他の 連絡先	氏名(ふりがな)	続柄	勤務先	5
				電話 () -	
氏名(ふりがな)		続柄	勤務先	6	
					電話 () -
薬に対するアレルギー反応または強い副作用の有無			あり・なし *ありの場合(薬品名 症状())		
応急手当を要する場合の医療機関の受診に関しては一任します。 保護者氏名()					
家族で確認している避難場所					

引き取り者	※①	園児との関係	※②
引き渡し日	年 月 日 時 分	引き渡し 保育者名	
避難場所		今後の連絡先	
特記事項			

※原本は職員室、コピーしたものを非常持ち出しバッグ等へ入れておく。

※個人情報の為、管理には十分留意する。

園児引き渡しの流れ

- … 緊急事態発生
↓ 緊急時の連絡先は、優先順にTELをし、お迎えをお願いする。
↓ 誰が迎えに来るかを必ず確認し、※①②欄に記入をする。
↓ 引き取り者が迎えに来たら、対応する職員・スタッフは《園記入欄》を記入する。
↓ 園児を引き渡して完了。

アレルギー除去申請書

下記の者は食物アレルギーのため、次の食品の除去が必要です。

氏名

生年月日

1. 主な症状

2. 除去が必要な食品と具体的な除去の程度に○をつけ必要に応じて記入をお願いします。

除去が必要な食品	除去の程度		その他の注意事項
卵	完全除去 卵白のみ除去 生卵のみ除去	つなぎ・菓子類は可	
牛乳	完全除去	乳製品は可	
大豆	完全除去	味噌・しょうゆは可 大豆油は可	
えび・かに	完全除去	エキスのみ可	
背の青い魚	完全除去		
そば	完全除去		
小麦粉	完全除去	味噌・しょうゆは可	
ピーナッツ	完全除去		
その他	完全除去		

3. その他食事に関する注意事項

4. アナフィラキシー症状の既往(該当する項目に○を付けて下さい)

あり なし

「あり」の場合:原因食品 _____ 発生年月 年 月

令和 年 月 日

医療機関名

電話番号