

豊中市本町休日保育事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、本町休日保育の実施について豊中市立幼保連携型認定こども園条例（平成27年豊中市条例第17号。以下「条例」という。）及び豊中市立幼保連携型認定こども園条例施行規則（平成27年豊中市規則第79号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めることを目的とする。

(対象児童)

第2条 休日保育の対象児童は、保護者が休日の就労等により保育が困難な、豊中市内に居住する満1歳以上の就学前児童で、かつ、次の各号のいずれかに該当する児童とする。

- (1) 豊中市内に所在する児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条第1項に規定する保育所（認定こども園を含む）又は家庭保育所制度実施要綱（昭和47年4月1日制定）に基づき設置された家庭保育所に入所している児童
- (2) 豊中市広域入所保育実施要領（昭和63年10月1日制定）第1条に規定する他市委託を行っている児童
- (3) 前(1)号または(2)号の児童の兄弟姉妹等、前(1)号または(2)号の前号の児童と同一世帯の児童
- (4) 保育の実施に関する条例施行規則（昭和62年豊中市規則第15号）第2条第1項の規定に基づく申込手続を行っている待機児童であり、かつ就労等により認可外保育施設、幼稚園等に入所している児童

(登録・申込)

第3条 休日保育の利用を希望する児童の保護者等は、第2条第1項第1号に規定する児童については次の第1・3号に掲げる書類を、同条同項第2号から同条同項第4号に規定する児童については次の第2号から第5号に掲げる書類を、市長に提出しなければならない。

- (1) 豊中市本町休日保育登録申込書（様式1号）（第2条第1項第1号に該当する児童）
- (2) 豊中市本町休日保育登録申込書（様式2号）（第2条第1項第2号から第4号に該当する児童）
- (3) 本町休日保育利用申込書（様式3号）
- (4) 本町休日保育事業利用についての意見書（様式4号）又はこれに準ずる健康診断結果。身体面での配慮を要する児童は、これに合わせて専門機関の所見書又は診断書（集団生活の可否を記載したもの）
- (5) 生育歴（様式5号）

(委任)

第4条 この要綱に定めるもののほか、本町休日保育の実施に関して必要な事

項は、こども事業課長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 9 月 1 日から施行する。

豊中市本町休日保育登録申込書

年 月 日

宛先 豊中市長

住 所 豊中市

保護者名

本町休日保育の利用登録を申し込みます。

在籍施設名			
ふりがな 児 童 名 生 年 月 日	年 月 日生		
本町休日保育 利用要件	1. 就労 (通常の勤務 ・ 特別の勤務 ・ その他) 就労先名 就労先住所 就労先電話番号 2. その他 ()		
本町休日保育 希望時間	午前 時 分 から 午後 時 分		
緊急連絡先の 優先順位と 連絡先	①名前(ふりがな)	②名前(ふりがな)	③名前(ふりがな)
	TEL	TEL	TEL
アレルギーに ついて	あり なし (アレルギーの原因は		
熱性けいれん (薬あり なし)	あり なし (部位)	脱臼 (部位)	ヘルニア (部位)
その他病気 (心臓病 など)			

豊中市本町休日保育登録申込書

年 月 日

宛先 豊中市長

住 所 豊中市

保護者名

休日保育の利用登録を申し込みます。

在籍施設名			
ふりがな 児 童 名 生 年 月 日	年 月 日生		
本町休日保育 利用要件	1. 就労 (通常の勤務 ・ 特別の勤務 ・ その他) 就労先名 就労先住所 就労先電話番号 2. その他 ()		
現在の保育状況 (番号に○をしてください)	1. 豊中市が他市の保育施設に保育の委託を行っている児童 2. 認可保育所、認定こども園または家庭保育所に在籍している児童と同世帯に属する就 学前児童 3. 豊中市に利用調整申込書を提出し、現在認可外保育施設または幼稚園に在籍してい る児童 (在籍している施設名)		
本町休日保育希望時間	午前 時 分 から 午後 時 分		
緊急連絡先の 優先順位と 連絡先	①名前(ふりがな)	②名前(ふりがな)	③名前(ふりがな)
	TEL	TEL	TEL
アレルギーに ついて	あり なし (アレルギーの原因は		
熱性けいれん あり なし (薬あり なし)	脱臼 あり なし (部位)	ヘルニア あり なし (部位)	
その他病気 (心臓病 など)			

本町休日保育実施のため現在子育て給付課に提出している「利用調整申込書兼児童台帳」の閲覧に同意します。

保護者名

印

平成 年(年)度休日保育利用申込書(半期用)

年 月 日

宛先 豊中市長

住 所 豊中市

保護者名

電話

月から 月までの休日保育の利用について、次のとおり申し込みます。

下記の表に記入をお願いします。

休日保育の希望日を○で囲んでください。

休日保育希望利用時間を必ず記入をお願いします。

休日保育日	月		
	月		
	月		
	月		
	月		
	月		
休日保育 利用時間	午前 時 分から 午後 時 分まで		
ふりがな 児童名 生年月日	年 月 日	保育所名	
休日保育 利用要件	1. 就労 2. その他 ()		

(様式4)

(豊中市内在籍でない児童用)

本町休日保育事業利用についての意見書

児童名		生年月日	
保護者名			
1. 栄養状態	良	普通	不良
2. 心臓疾患	無	・ 有	()
3. 感染性疾患	無	・ 有	()
その他	()		

上記のとおり意見を申し述べます。

年 月 日

医療機関

医師名

印

せい いく れき
生 育 歴

記入 年 月 日

ふりがな		男 おとこ 女 おんな	ねん 年	がつ 月	にちうまれ 日生
なまえ 名前					

新 し ん 生 せい い 児 じ 期 き	生まれたとき赤ちゃんはすぐ げんき 元気に泣きましたか	はい (強・普通・弱) いいえ (仮死・その他)					
	へその緒が巻いていましたか	いいえ・はい (どこに かい 回)					
	ほいくき 保育器に入りましたか	いいえ・はい (にちかん 日間・じかん 時間)					
	おう 黄 疸 だん	ふつう 普通・強 (処置 しよち)					
たいじゆう 体重	g	しんちよう 身長	cm	とうい 頭囲	cm	きようい 胸囲	cm
その他	しや 斜 顎 なし・あり		こかんせつだつきゆう 股関節脱臼 なし・あり				

発 はつ 育 いく 状 じよう 況 きよう	くび 首のすわり	ほほえみ	喃語 (ア-ア) の ではじめ	ひと 見知り	ひとり 一人すわり
	か 月	か 月	か 月	か 月	か 月
	は う	つかまり 立ち	1・2 歩 歩いたのは		
	か 月	か 月	か 月		

おも 主にどなたが育児 い され ましたか	ちち 父・はは 母 その他 ()
しゅうだんせいかつ 集団生活の経験 けいけん がありますか	いいえ・はい 年 月 ~ 年 月まで どこで ほいくじよ 保育所・ようちえん 幼稚園・その他 ()

けんこう 健康 しんさ 診査 の じようきやう 状況等	4ヶ月健診 けんしん	いし 医師・ほけんし 保健師からお聞き き になった事 こと があれば ごきにゆう ご記入ください。 ()
	1歳6ヶ月 けんしん 健診	いし 医師・ほけんし 保健師からお聞き き になった事 こと があれば ごきにゆう ご記入ください。 ()
	3歳6ヶ月 けんしん 健診	いし 医師・ほけんし 保健師からお聞き き になった事 こと があれば ごきにゆう ご記入ください。 ()

※該当する項目に○印をご記入ください。

		産あけ	さい	さい	さい	さい	さい	さい
		0歳児	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
お 子 さ ん の 状 態	平熱	度	度	度	度	度	度	度
	1	ねつを出しやすい						
	2	かぜをひきやすい						
	3	へんとうせんがはれやすい						
	4	中耳炎になりやすい						
	5	便秘しやすい(日回)						
	6	下痢しやすい						
	7	おしっこがちかい						
	8	じんましんが出やすい(どんなとき)						
	9	かぶれやすい(何で)						
	10	アレルギーといわれたことがある(①アトピー性皮膚炎②体質③食物④薬品⑤その他)						
	11	ヘルニア(脱腸)がある(どこ)						
	12	ひきつけることがある(熱が出た時、熱がない時)						
	13	ぜんそくが出やすい						
	14	脱臼したことがある(どこ)						
	15	大きな病気、けがをしたことがある(病名)						
	16	入院をしたことがある(病名)						
17	手術をしたことがある(病名)							

予 防 接 種	BCG	年	月	日												
	三種混合(DPT)	1)	年	月	日	2)	年	月	日	3)	年	月	日	追加)	年	月
四種混合(DPT-IPV)	1)	年	月	日	2)	年	月	日	3)	年	月	日	追加)	年	月	日
ポリオ	1)	年	月	日	2)	年	月	日	3)	年	月	日	追加)	年	月	日
MR	1期	年	月	日	2期	年	月	日								
日本脳炎	1期	年	月	日	2期	年	月	日	追加)	年	月	日				
肺炎球菌	1)	年	月	日	2)	年	月	日	3)	年	月	日	追加)	年	月	日
Hib	1)	年	月	日	2)	年	月	日	3)	年	月	日	追加)	年	月	日
みずぼうそう		年	月	日												
おたふくかぜ		年	月	日	その他)											

今 ま で に か か つ た 病 気	はしか	風疹(みつかばしか)	みずぼうそう	おたふくかぜ	手足口病
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	百日咳	溶連菌感染症	ヘルパンギーナ	咽頭結膜熱(プール熱)	伝染性膿痂疹(とびひ)
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	伝染性紅斑(りんご病)	突発性発疹	川崎病	インフルエンザ	
年 月	年 月	年 月	年 月		

本町休日保育利用書及び連絡票

年 月 日 本町休日保育の利用について申し込みます。

住所

保護者名

ふりがな 児 童 名	年 月 日生 (呼び名)		
在籍施設名			
迎えに来る人の名前			
利用時間	午前 午後	時 時	分から 分まで
緊急連絡先	①	②	
アレルギーについて (アレルギーの原因は)	あり	なし	
熱性けいれん (薬あり なし)	あり	なし	脱臼 (部位)
			ヘルニア (部位)
その他病気(心臓病 など)			
朝の健康状況(どちらかに○をつける)			
(1)目覚め 顔色はどうでしたか	(よい	わるい)	
(2)朝食は	(たべた	たべなかった)	
(3)昨夜、今朝の排便は	(あった	なかった)	
		普通 ・ 軟便 ・ 下痢	
(4)今かかっている病気は (病名)	(ない	ある)	
(5)今朝の体温は	度	分	
☆☆お弁当は、朝かならず火を通したものをに入れてください。☆☆			
その他お子様のことでお気づきのことなどご記入ください。			

本町休日保育利用書及び連絡票

宛先 豊中市長

年 月 日 本町休日保育の利用について申し込みます。

住所

保護者名

ふりがな 児 童 名	年 月 日生 (呼び名)		
在籍施設名			
迎えに来る人の名前			
利用時間	午前 午後	時 時	分から 分まで
緊急連絡先	①	②	
アレルギーについて (アレルギーの原因は)	あり	なし	
熱性けいれん (薬あり なし)	あり	なし	脱臼 (部位)
			ヘルニア (部位)
その他病気(心臓病 など)			
朝の健康状況(どちらかに○をつける)			
(1)目覚め 顔色はどうでしたか	(よい	わるい)	
(2)朝食は	(たべた	たべなかった)	
(3)昨夜、今朝の排便は	(あった	なかった)	
		普通 ・ 軟便 ・ 下痢	
(4)今かかっている病気は (病名)	(ない	ある)	
(5)今朝の体温は	度	分	
☆☆お弁当は、朝かならず火を通したものをに入れてください。☆☆			
その他お子様のことでお気づきのことなどご記入ください。			