

# 令和5年度 一時預かり利用登録申請書

別紙1

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1  
都庁第一本庁舎北塔36階

(一財)東京都人材支援事業団理事長 あて

★以下の書類が不足していると登録できません。  
必要書類が揃っているか□にチェック(レ点)してください。  
★書類は、消えないペンでご記入ください。

- ①一時預かり利用登録申請書(別紙1)
- ②保護者(父)の健康保険証の写し
- ③保護者(母)の健康保険証の写し
- ④お子さんの健康保険証の写し
- ⑤お子さんの乳幼児医療証の写し
- ⑥一時保育健康・生活確認書(別紙2)
- ⑦離乳食食材チェック表(別紙3)
- ⑧園児引取人届出書(別紙4)
- ⑨注意事項及び同意書(別紙5)

申請日 年 月 日

保護者	ふりがな氏名					登録ははじめてですか? どちらかに○をしてください。 はい(新規)・いいえ(更新)
	住所	〒			電話番号	
	区分 (該当項目を選択)	(1) <input type="checkbox"/> 新宿区民 (2) <input type="checkbox"/> (一財)東京都人材支援事業団正会員 (会員番号 ) (3) <input type="checkbox"/> 協定締結企業従業員 (企業名 ) (4) <input type="checkbox"/> 都内在住(新宿区以外) (在住区市町村名 ) (5) <input type="checkbox"/> 都内在勤((2)又は(3)以外) (勤務先事業所名 ) (6) <input type="checkbox"/> 都外在住かつ都外在勤				
	初回の利用理由	<input type="checkbox"/> 都庁での行政手続き ( 訪問先・訪問事由 ) <input type="checkbox"/> 都庁で実施されるイベント参加 ( イベント名・開催場所 ) <input type="checkbox"/> その他				
児童	ふりがな氏名	生年月日 (西暦)	年 月 日	2023年 4月1日現在	歳	
	普段の保育者					
	かかりつけの医療機関①	かかりつけの医療機関②				
	名称			名称		
	住所・電話			住所・電話		
既往歴・注意事項 (アレルギー・熱性けいれん・持病等)	該当する方に○をつけてください。 なし・あり(別紙2 一時保育健康・生活確認書のとおり) ※令和5年度は、食物アレルギー対応がありませんので、食物アレルギーがある場合は申込みできません。					
家族	本登録の対象の児童の世帯員 (同居の親族も含む)					
	ふりがな氏名	続柄	緊急時の連絡先 (優先順に記載)	1	氏名	
				1	電話番号	
	1			2	氏名	
	2			2	電話番号	
3		3		氏名		
4			3	電話番号		