



一時預かり事業利用時間・利用料金



基本保育時間 9:00～17:00（月曜日～金曜日）

利用料【年齢は当年度の4月2日を基準とします。】

- ・ 0, 1, 2歳児 3,000円（4時間未満は1,500円）
- ・ 3, 4, 5歳児 1,800円（4時間未満は900円）
- ・ 生活保護、非課税世帯 1,000円（半日利用の場合も同額）

※生活保護世帯は松原市発行の受給証明書（最新）が必要です。

非課税世帯は松原市発行の証明書（最新・世帯全員分）が必要です。

※4時間未満をご利用になる場合は9:00～13:00、13:00～17:00になります。

※利用人数に制限があり、利用希望日にご利用いただけない場合もございます。

※利用月の前月1日 13時から予約を受付けます。一時保育専用電話でお申込み下さい。

（1日が土曜日・日曜日・祝日の場合は2日、年始は1月5日）

（注）面接を受けてからの予約受付になります。



利用できる方



就学前の子どもが対象で、次のような方が利用できます。

1.非定型保育サービス

パート勤務などのため、断続的に家庭での保育ができない方。

（勤務証明が必要）

2.緊急保育サービス

病気やケガで保護者が入院、災害、事故、看護などの為、緊急に又は一時的に保育できない方。

（診断書が必要）

3.私的理由保育サービス

心理、精神的負担の軽減、解消、児童の交流などの理由で、一時的に保育が必要な方。



利用手続き



必要書類を記入・用意の上、一度お電話を頂き、面接を受けて下さい。

- ・ 一時預かり事業利用申込書
- ・ 児童健康問診票
- ・ 確約書
- ・ 勤務証明書または診断書（必要な方のみ）
- ・ 連絡カード
- ・ 健康保険証の写し
- ・ 乳児医療証の写し
- ・ 母子手帳の写し（予防接種欄）



持ち物



	0. 1. 2 歳児	3. 4. 5 歳児
服の着替え上下・肌着	3組	1組
パンツ・紙オムツ	必要に応じて	1枚
おしり拭き	1セット	
エプロン（食事用）	1枚	
パジャマ（午睡用）	1枚	1枚
スーパーの袋（汚物入）	2枚	1枚
哺乳瓶	明治ほほえみ使用	
水筒・コップ	各1個	各1個
タオルケット	2枚	2枚

※動きやすい服装で登園して下さい。

(フード・サスペンダー・オーバーオール等は危険な為、着用しないで下さい。)



離乳食・アレルギー食の提供



- ・アレルギーのあるお子様は、除去食を提供します。
医師の診断（アレルギー対応食指示書）が必要です。
- ・食事の提供は、発注や準備の為、利用希望日2日前までに予約を入れて下さい。



登園したら



- ・検温をし、手洗い消毒をして下さい。
- ・所定の靴箱に靴を入れて下さい。
- ・空いているロッカーに着替えを入れ、排泄を済ませて下さい。
- ・ボード（様子・お迎えの時間・体温）を記入して下さい。



病気について



- ・病院では必ず集団保育であることを告げ、登園が可能かどうか判断して下さい。
- ・園では、お薬はお預かりできませんので、朝夕の処方にしてもらって下さい。
- ・下痢や前日に37.5℃以上の熱があった場合など、お預かりできないことがあります。
- ・感染症の疑いがある場合は、医師の意見書または登園許可書が必要です。

お願い

- ・手足の爪は、短く切って下さい。長い髪はまとめて下さい。
- ・遅刻をされる場合は朝9時までに連絡をして下さい。

【9時30分を過ぎると給食の申し込みができませんので、ご注意ください。】

- ・いつもと違う方がお迎えに来られる場合は必ず連絡をして下さい。
確認ができない場合は、安全上の理由からお渡しできません。

※持ち物には、すべて名前を記入してください。

その他

- ・お迎えに来られたら、入り口のボードに時間を記入し、事務所に声をかけて下さい。
(利用料をご用意下さい。)
- ・毎日の給食とおやつの写真を事務所前のモニターに掲示していますのでご覧下さい。
- ・お帰りの際はロッカーの中を空にし、忘れ物がないようにお願いします。
- ・初めに提出いただいた勤務先や電話番号、預ける理由が変わった場合等はすぐにお伝え下さい。
- ・何かご不明な点がございましたら、事務所・保育士にお尋ね下さい。

【お問い合わせ先】
明の守おかまち学園
一時保育専用電話番号
[TEL:072-334-1100](tel:072-334-1100)

〒580-0014
大阪府松原市岡2丁目10番31号
社会福祉法人 岡町福社会 保育所型認定こども園
明の守おかまち学園
[TEL:072-334-5116](tel:072-334-5116)

一時預かり事業利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 岡町福祉会

明の守おかまち学園 園長 殿

住 所

保護者名

印

電話番号

一時預かり事業の利用につき、次のとおり申込みします。

区 分	氏 名	続柄	性別	年齢	生年月日	職業・学校等
利用児童の家庭状況	利用児童	(ふりがな)	本人		年 月 日	
	その他の同居家族				年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
希望事業種別	非定型的保育サービス・緊急保育サービス・私的理由保育サービス					
主な送迎者	朝	父・母・その他()			夕	父・母・その他()
勤務先	父	所在地 名 称 (TEL:)				
	母	所在地 名 称 (TEL:)				
緊急連絡先 (携帯・その他)						
■ 申込み理由を具体的に記入して下さい。						
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給している・ <input type="checkbox"/> 受給していない			市民税	<input type="checkbox"/> 課税世帯・ <input type="checkbox"/> 非課税世帯	

生活保護の受給及び課税状況の調査について同意します。また、世帯全員の課税状況を調査することについては世帯全員から同意を得ています。

児童健康問診表

令和 年 月 日

氏名	愛称	年 月 日生
----	----	--------

[主な育児者] 父・母・祖父母・その他()
 [家庭での遊び] (室内:)・(室外:)
 [保育園への送迎者] 父・母・祖父母・その他()
 [希望する保育時間] (平日: ~)

健康状態	[平熱] ()°C
	[けいれん] ある・ない
	・いつ頃: _____
	・病院での診断: _____
	・病院名: _____
	・注意すべきこと: _____
	・薬の服用: _____
	[既往疾患] ※ ひきつけ・喘息・脱臼・アトピー(肌荒れ)なども記入して下さい。
	[伝染性疾患]
	はしか・麻疹 (年 月 日) 水痘 (年 月 日) おたふくかぜ (年 月 日) 百日咳 (年 月 日) 結核疾患 (年 月 日)
[予防接種]	
ヒブ (0・1・2・3・4回) MR (0・1・2回)	
肺炎球菌 (0・1・2・3・4回) 水痘 (0・1・2回)	
B型肝炎 (0・1・2・3回) 日本脳炎 (0・1・2・3回)	
四種混合 (0・1・2・3・4回) BCG (0・1回)	
ロタウイルス (0・1・2・3回)	

勤務証明書

外勤・内勤・自営	保護者名	児童との続柄								
	勤務先名									
	所在地									
	勤務形態	①常勤 ②パートタイマー ③その他()								
	勤務時間	平日	午前	時	分	～ 午後	時	分	月平均勤務日数	
		土曜	①	午前	時	分	～ 午後	時		分
			②	休み	③ 第1・2・3・4・5 が休み					
	日曜	①	午前	時	分	～ 午後	時	分		
		②	休み	③ 第1・2・3・4・5 が休み						
	就職年月日	年	月	日	仕事内容					
上記のとおり相違ないことを証明します。					勤務先の証明欄					
					令和 年 月 日					
所在地										
事業所名					㊟					
代表者名										
電話番号										

診断書(病気・出産)

病気・出産者名	児童との続柄				
病名(医師の意見等) 又は出産予定日	病名				
	いずれかに○	① 入院(期間			
		② 自宅療養で安静を要する(期間			
		③ 自宅療養で通院加療		(期間) (月 回程度の通院)
看護の要否	保育能力の有無				
上記のとおり相違ないことを証明します。					医師の証明欄
					令和 年 月 日
所在地					
事業所名					㊟
代表者名					
電話番号					

連絡カード

ふりがな	呼び名	【 男 ・ 女 】
園児名	H・R・() 年 月 日生	血液 型 : 不明

園児の写真	身長 . cm	病歴, アレルギー等 あり・なし
	体重 . kg	
	特徴(外見)	

自宅	住所 〒	電話 — — 【 自宅 ・ () 携帯 ・ 呼出(様方) 】
父	ふりがな	氏名 携帯電話 — —
	勤務先	会社名 所属()
		住 所 TEL — —
母	ふりがな	氏名 携帯電話 — —
	勤務先	会社名 所属()
		住 所 TEL — —
保護者に 代わる連絡先	ふりがな	園児との続柄 ()
	氏名	電話 — —
かかり つけ 医	医院名	
	住所	TEL — —

備考欄

※本連絡カードの記載事項については目的外に使用いたしません。

確約書

令和 年 月 日

社会福祉法人 岡町福祉会

明の守おかまち学園 園長 殿

住 所

保護者名

印

児 童 名

明の守おかまち学園の一時預かり事業利用に際して、

「一時預かり事業利用案内」について、説明を園より受けました。

また、その他の事項について園の要請及び指示に従います。

以上