

災害時 代替保育利用登録申請書

(あて先)福岡市長

下記のとおり、災害時の代替保育利用登録の申請をいたします。

申請年月日 年 月 日

①申請者(保護者)の情報

フリガナ		児童から見た続柄	生年月日	年 月 日
申請者氏名				
自宅住所	〒	—	電話番号 (緊急連絡先)	☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ 勤務先
				☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ 勤務先

保護者氏名	児童から見た 続柄	生年月日	勤務先
①	上記①「申請者(保護者)の情報」で記入済のため記入不要		
②		年 月 日	

①に記載された保護者の申請理由(災害時に従事する業務)	災害時に従事する業務の詳細
☐ 医療従事者(医師、看護師、薬剤師等)	
☐ 介護施設・障がい者施設に勤務する介護士等(通所型施設は除く)	
☐ 防災業務に従事する公務員	
☐ インフラ(電気・ガス・水道・通信)運営・災害復旧作業に従事する者	

②に記載された保護者の申請理由(災害時に従事する業務)	災害時に従事する業務の詳細
☐ 医療従事者(医師、看護師、薬剤師等)	
☐ 介護施設・障がい者施設に勤務する介護士等(通所型施設は除く)	
☐ 防災業務に従事する公務員	
☐ インフラ(電気・ガス・水道・通信)運営・災害復旧作業に従事する者	

②利用児童の情報

フリガナ		生年月日	クラス年齢	在籍保育所名
児童氏名		年 月 日	歳	

健康保険証		その他			
☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 生活保護	かかりつけの 病院	病院名		電話	
☐ その他 ()		所在地			
		送迎者	氏名		児童から見た 続柄
被保険者氏名	②利用児童の情報で記入済	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ※アレルギー有の場合は、下記に内容を記入してください。(食物名など) () アナフィラキシー ☐ 無 ☐ 有 ※アナフィラキシー有の場合は、下記に回数やその際の症状・状況を記入してください。 ()		
名称			体質	けいれん(ひきつけ) ☐ 無 ☐ 有 その他 ()	
記号・番号		障がい・難病	☐ 無 ☐ 有 ※有の場合は、下記に内容を記入してください。 ()		
子ども医療証 受給者番号			気を付けて ほしいこと	()	

③利用希望保育所(災害時受入保育所の中から1施設のみ記入可能)

利用希望保育所名		保育所
----------	--	-----

※個人情報、十分に配慮し、代替保育以外の目的には使用しません。
※申請後、各区子育て支援課に提出されている就労証明書にて申請内容の確認を行います。
※記入内容が変更した場合は、速やかに運営支援課まで連絡をしてください。
※申請は年度毎に必要です。

記入例

災害時代替保育利用登録申請書

(あて先)福岡市長

下記のとおり、災害時の代替保育利用登録の申請をいたします。

申請年月日 2020 年 0 月 0 日

①申請者(保護者)の情報

フリガナ	ハカタ ジロウ	児童から見た続柄	生年月日	1992 年 10 月 10 日
申請者氏名	博多 次郎	父		0801234××××
自宅住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号		電話番号 (緊急連絡先)	☒ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ 勤務先 0901234××××
				☐ 父携帯 ☒ 母携帯 ☐ 勤務先

保護者氏名	児童から見た続柄	生年月日	勤務先
①	上記①「申請者(保護者)の情報」で記入済のため記入不要		〇〇消防署
②	博多 陽子	母 1992 年 4 月 8 日	〇〇病院

①に記載された保護者の申請理由(災害時に従事する業務)	災害時に従事する業務の詳細	記入例
☐ 医療従事者(医師、看護師、薬剤師等)	医師として勤務/看護師として勤務/薬剤師として勤務	
☐ 介護施設・障がい者施設に勤務する介護士等(通所型施設は除く)	介護士として勤務/介護福祉士として勤務/看護師として勤務	
☒ 防災業務に従事する公務員	避難所運営/河川災害復旧対応/自衛隊/警察官/消防士	
☐ インフラ(電気・ガス・水道・通信)運営・災害復旧作業に従事する者	停電対応/水道管復旧工事対応/電話回線復旧作業対応	
②に記載された保護者の申請理由(災害時に従事する業務)	災害時に従事する業務の詳細	記入例
☒ 医療従事者(医師、看護師、薬剤師等)	医師として勤務/看護師として勤務/薬剤師として勤務	
☐ 介護施設・障がい者施設に勤務する介護士等(通所型施設は除く)	介護士として勤務/介護福祉士として勤務/看護師として勤務	
☐ 防災業務に従事する公務員	避難所運営/河川災害復旧対応/自衛隊/警察官/消防士	
☐ インフラ(電気・ガス・水道・通信)運営・災害復旧作業に従事する者	停電対応/水道管復旧工事対応/電話回線復旧作業対応	

②利用児童の情報

フリガナ	ハカタ ケイコ	生年月日	クラス年齢	在籍保育所名
児童氏名	博多 恵子	2020 年 5 月 26 日	0 歳	〇〇〇〇保育園

健康保険証	その他
☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 生活保護	かかりつけの病院
☒ その他 (共済組合)	病院名 〇〇こども病院 電話 092-〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地 福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号
	送迎者 氏名 博多 陽子 児童から見た続柄 母
被保険者氏名 ②利用児童の情報で記入済	アレルギー ☐ 無 ☒ 有 ※アレルギー有の場合は、下記に内容を記入してください。(食物名など) (卵、牛乳、金属) アナフィラキシー ☒ 無 ☐ 有 ※アナフィラキシー有の場合は、下記に回数やその際の症状・状況を記入してください。 ()
名称 〇〇共済組合	体質 けいれん(ひきつけ) ☐ 無 ☒ 有 その他 (肘がぬけやすい)
記号・番号 〇〇〇 〇〇〇〇	障がい・難病 ☒ 無 ☐ 有 ※有の場合は、下記に内容を記入してください。 ()
子ども医療証受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇	気を付けてほしいこと (〇〇〇〇のため、〇〇の際は気を付けてほしい。)

③利用希望保育所(災害時受入保育所の中から1施設のみ記入可能)

利用希望保育所名	千代	保育所
----------	----	-----

※個人情報、十分に配慮し、代替保育以外の目的には使用しません。
※申請後、各区子育て支援課に提出されている就労証明書にて申請内容の確認を行います。
※記入内容が変更した場合は、速やかに運営支援課まで連絡をしてください。
※申請は年度毎に必要です。