

一時預かり事業（いっときあずかりじぎょう）

大島町子ども家庭支援センターでは、家庭で子どもを育てている方々への支援として一時預かりを実施しています。

<対象> 大島町に住所を持つ、生後3ヶ月から就学前の乳幼児

○ 保護者が何らかの理由により、家庭における保育が一時的に困難となり、短時間の預かりが必要となる乳幼児。

なんらかの理由とは・・・

- ・ 保護者が疾病のため通院
- ・ 保護者が検診等の受診
- ・ 保護者がリフレッシュのため
- ・ 兄弟、姉妹等が疾病のため通院
- ・ 兄弟、姉妹等が検診等の受診

○ その他、緊急的に預かりが必要と認められた乳幼児

※就労目的の場合は
利用できません

<実施場所> 大島町子ども家庭支援センター

<時間> 午前9時～午後5時の間の4時間以内（土、日、祝は除く）で、週3回まで利用が可能です。

<定員> おおむね2～3人

<申込み方法> ① 子ども家庭支援センターに連絡（日程調整）



② 申請書提出（利用日5日前までに、役場又は各出張所に提出）



③ 決定通知書受取り（当日預かり時）

※緊急性が極めて高いと認められた事由の場合は、当日の申請でも構いません。

※申請書は、子ども家庭支援センターまたは大島町役場福祉けんこう課窓口にあります。

<利用料> 一人当たりの利用料

利用者の区分		2時間以内	2時間超4時間以内
生活保護世帯に属する者		0円	0円
上記以外の者	3才以上児	300円	600円
	3才未満児	500円	1,000円

※利用当日引き取りの際、事務室カウンターにて利用料をお支払い下さい。

<持ち物> ～ 必要に応じて ～

- ・ オムツ、おしり拭き
- ・ 着替え
- ・ 白湯、またはお茶などの飲み物
- ・ 少量のおやつ
- ・ 好きなオモチャ（こだわりがあれば）
- ・ お弁当、またはミルク（利用時間帯に合せて）
- ・ バスタオル（昼寝をする場合、布団に敷きます）



様式第1号（第6条関係）

記入例

※予約の確認（子ども家庭支援センター）

平成 年 月 日

※2-2381

大島町長 殿

住 所 大島町元町1-1-14

申請者 氏 名 大島 太郎 印

電 話 2-1471

大島町乳幼児一時預かり申請書

大島町乳幼児一時預かり事業による一時預かりを希望するので、下記のとおり申請します。

乳 幼 児	ふりがな 氏 名	おおしま いちろう 大島 一郎			希 望 先	大島町子ども家庭支援センター
	生年月日 (年齢)	平成26年8月20日 (1歳11ヶ月)		男 女	緊 急 連絡先	090-0000-0000
	健康状態	良 好				
家 庭 の 状 況	氏 名	続柄	生 年 月 日		職 業	勤 務 先 (電話)
	大島 太郎	父	S44. 4. 4		公務員	090-0000-0000
	大島 花子	母	S45. 1. 1		主 婦	090-1111-1111
	大島 一郎	本人	H26. 8. 20			
	大島 二郎	二男	H28. 6. 10			
希望する預かり 時 間 等		利用日	平成28年8月24日			
		利用時間	9時00分 ~ 13時00分 まで			
申込みの理由 (その他)		母 リフレッシュ・習い事等				

保護者⇒福祉けんこう課⇒センター

※これから下は記入しないでください。

預かり 可／否	決 定 / 却 下 (理由)	
利 用 料	円	納付日 後 日
センターへの通知	TEL ・ FAX ・ その他	
保護者への通知		

受 付 印
担当

様式第 1 号（第 6 条関係）

平成 年 月 日

大 島 町 長 殿

住 所
申請者 氏 名
電 話 印

大 島 町 乳 幼 児 一 時 預 かり 申 請 書

大島町乳幼児一時預かり事業による一時預かりを希望するので、下記のとおり申請します。

乳 幼 児	ふりがな 氏 名				希 望 先	大島町子ども家庭支援センター	
	生年月日 (年齢)	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	男 女	緊 急 連絡先			
	健康状態						
家 庭 の 状 況	氏 名	続柄	生 年 月 日	職 業	勤 務 先 (電話)		
		父					
		母					
希望する預かり 時 間 等		利用日	平成 年 月 日				
		利用時間	時 分 ～ 時 分 まで				
申込みの理由 (その他)							

保護者⇒福祉けんこう課⇒センター

※これから下は記入しないでください。

預かり 可／否	決 定 / 却 下 (理由)		受 付 印
利 用 料	円	納付日 後 日	
センターへの通知	TEL ・ FAX ・ その他		
保護者への通知			
			担当