

令和 4 年度上半期 トワイライトステイ事業の会員登録申請にあたって

就労形態の多様化等により保護者の帰宅が遅いご家庭のお子さん（1 歳 6 ヶ月～小学校終期 12 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日）を、午後 5 時～10 時までお預かりします。半期ごとに、申請された方を審査のうえ登録いたします。利用するために必要な手続きは以下のとおりです。

※毎月第 3 土曜日と翌日の日曜日は、すこやか休館日です。

休館日中は、書類の受け取りができませんので予めご了承ください。

1. 利用登録申請

（1）登録申請受付期間

申請期間：令和 4 年 1 月 17 日（月）～2 月 15 日（火） ※最終受付は午後 5 時まで

申請期間以降：令和 4 年 2 月 16 日（水）以降、随時受け付けています。

申請期間を過ぎての申請は、受け付けた順番での登録となります。

（2）受付時間

開館日の午前 9 時～午後 5 時（午後 5 時以降の受付は、翌開館日付となります。）

（3）申請受付場所

調布市子ども家庭支援センターすこやか 申請窓口

2. 利用登録申請に必要な書類

就労状況など、ご家庭の状況等を総合的に判断し利用者を決定するため、以下の書類をご提出ください。

（1）トワイライトステイ事業利用登録関係申請・届出書

（2）家庭状況報告書

恒常的に午後 5～10 時に子どもの養育ができないことを確認するために、ご家庭の状況をお知らせください。

通勤等経路：通勤先からすこやかまでの最短の経路をご記入ください。

登録利用者の公平を期すため、基準の時間を設ける区間があります。

新宿→国領 28分 国領駅→すこやか 3分

※経路案内ソフト等で確認し、修正させていただく場合があります。ご了承ください。

※令和 3 年度下半期から継続して登録される方で、転勤、転職、新規採用等就労状況に変化があった場合は、必ずお申し出ください。

（3）世帯状況を確認するための書類（該当者のみ）

- ・生活保護受給証明書
 - ・ひとり親医療証
 - ・市民税非課税証明書（令和 3 年 1 月 1 日に調布市に住民登録がない方はご相談ください。）
- 上記書類を 1 つでもお持ちの方は、利用料が免除になりますので、必要書類を提出してください。

（4）令和 3 年分確定申告書もしくは源泉徴収票

※確定申告をしている方は、確定申告書の写しを提出してください。

（確定申告をしていない方は、源泉徴収票の写しで可。複数の事業所から受け取っている方は、全て提出してください。）

(5) 保護者の方が養育できない状況を確認するための書類

※保育園か学童クラブに提出した証明書の写しでも構いません（令和4年度）。

① 在職証明書（外勤の方）

- ・常勤・パート・アルバイトにかかわらず、必ず提出してください。（会社が記入）
- ・父母とも在職の場合は、それぞれ1枚提出してください。

② 在職申立書（自営業の方）

- ・自営業の方は必ず提出してください。（自分で記入）
- ・父母とも在職の場合は、それぞれ1枚提出してください。

※①②ともに、勤務時間が記載されている証明書が必要です。

③ 診断書又は障害者手帳等

- ・保護者・その家族が病気や心身に障害がある場合は、診断書又は障害者手帳等の写しを提出してください。

④ 在学証明書

- ・保護者が大学、専門学校等に在学中の場合は、在学証明書を提出してください。

※その他、家庭状況・就労状況等を確認するための書類提出を求めることがあります。

(6) 児童表

お子さんの生活・健康・障害や疾病・アレルギーなどについて記入してください。

※アレルギー等集団保育をする中で特別な配慮が必要な場合、利用前の聴き取りや書類の提出をお願いします。そのため、ご利用までに一定の時間が必要になることをご了承ください。

(7) お子さんの本人確認

健康保険証、乳幼児医療証／義務教育就学児医療証

(8) 申請者の本人確認

運転免許証／健康保険証（記号・番号を隠してコピー願います）等

(9) 緊急時引き渡し確認カード

3. 利用開始までのスケジュール

令和4年2月15日（火）午後5時までの申請者を対象に審査を行い、優先利用登録者（正会員）の16名を決定します。

優先利用登録者以外の方は、利用登録者（準会員）として登録します。審査の結果につきましては、3月中旬頃に郵送にてご連絡します。新規利用登録者は、個別面談を3月中旬以降に行う予定です。

4. 利用期間

令和4年4月1日（金）～9月30日（金）の利用が可能となります。

※期間内に1歳6ヶ月になるお子さんの場合は、1歳6ヶ月に達してから利用登録になります。詳細につきましては、窓口にお問い合わせください。

<トワイライトステイ 登録申請から利用まで>

R4上

① 登録申請受付 令和4年1月17日（月）～2月15日（火） ※受付は17時まで



② 不足書類受付 2月16日（水）～2月22日（火） ※受付は17時まで



※2/19（土）・20（日）は休館日

③ 調査 2月下旬
家庭の事情を正確に把握し、登録の決定を行うため、書類の審査と必要に応じてお宅や勤務先等にご連絡することがありますので、ご協力ください。



④ 審査 2月下旬～3月上旬
添付「トワイライトステイ事業利用者選考基準表」に基づき、登録を確定します。



⑤ 登録結果発送 3月15日（火）～予定



⑥ 面接 3月中旬～
お子さんとご一緒の面接です。ご都合のよい日をお知らせください。



※3/19（土）・20（日）は休館日

⑦ お迎え先にご挨拶 3月中旬～
保育園・幼稚園・学童クラブ・ユーフォー等に、バス経路やお迎え方法を確認します。



⑧ 利用開始 4月1日（金）～

第1期利用申請：利用する前月1日9時～20日正午。ただし、20日が休館日の場合は、休館日前の開館日の正午まで。

電話・来館・インターネット・FAXにて申請してください。

第2期利用申請：利用する前月20日正午以降、随時受付。

利用の申請は、利用希望日前日の正午まで。ただし、利用希望日前日が休館日の場合は、休館日前の開館日正午まで。

※休館日の利用申請受付は、FAX・インターネット予約のみとなります。



⑨ 優先登録会員（登録順位1～16）

(1) 利用承認書を発行します。

(2) 利用料の納付：利用日のお迎えまでに券売機にてチケット(当日限り有効)を購入し、職員に渡してください。

(3) 第1期利用申請期限を過ぎると、順位に関係なく申請順に受付となります。



⑨ 準会員（登録順位17～）

(1) 第1期利用申請をされた方で、利用不可能日がある場合のみ、利用月の前月25日までにご連絡します。

(2) 以下、左記(1)～(3)と同様。

TEL：042-481-7733, FAX：042-481-7734

インターネット予約には、事前登録が必要です。

令和 年 月 日

調布市長 宛

申請・届出者 住所

氏名

調布市子ども家庭支援センターすこやかトワイライトステイ事業
利用登録関係申請・届出書調布市子ども家庭支援センターすこやかトワイライトステイ事業利用登録等
について、次のとおり申請・届出します。☐ 利用登録申請 ☐ 利用登録変更届 ☐ 利用登録抹消届

1 申請・届出する子どもについて記入してください。

	氏名（フリガナ）	性別	生年月日
①	()	男・女	・ ・ (歳 か月)
②	()	男・女	・ ・ (歳 か月)
③	()	男・女	・ ・ (歳 か月)

2 子どもの就学等の状況について記入してください。

		学校・幼稚園・保育園など	学童クラブなど
①	名 称		
	学年・クラス		
②	名 称		
	学年・クラス		
③	名 称		
	学年・クラス		

3 保護者・近親者等について記入してください。

氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	電話番号	FAX	携帯
申請者に同じ ()		・ ・			
()		・ ・			

4 緊急連絡先について記入してください。

氏名又は会社名等	(続柄)	電話
住所又は所在地		携帯

5 世帯の状況について記入してください。

☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ ひとり親医療証交付世帯 ☐ 左記に該当なし上記の申請・届出内容を確認するため、申請者及びその世帯員に関する個人情報
を公簿等により確認することに同意します。

申請・届出者署名

家庭狀況報告書

令和 年 月 日

子どもの状況	学童クラブ・保育園・幼稚園等終了後の状況 ☐ トワイライトステイ事業を利用している（ 年 月から） ☐ 自宅で保育している ☐ 他の施設に預けている ☐ 職場に連れて行っている ☐ 個人に預けている ☐ その他（ ）			利用頻度（月・週 回程度）
母・父の状況		母 の 状 況	父 の 状 況	
あてはまるものに○を付けてください。		1 外勤 2 自営（外勤または中心者） 3 自営（居宅内労働または協力者） 4 採用内定 5 就学 6 疾病	1 外勤 2 自営（外勤または中心者） 3 自営（居宅内労働または協力者） 4 採用内定 5 就学 6 疾病	
就業	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	就労時間	在職証明書・申立書のとおり	在職証明書・申立書のとおり	
	残業	月・週 日 時まで （※土日祝を除く日数）	月・週 日 時まで （※土日祝を除く日数）	
	就労状態	勤務日に○を付けてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 （定休日： ）	勤務日に○を付けてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 （定休日： ）	
	通勤経路	所要時間 計 時間 分 職 場 ↓ （ ） [分] 【 】	所要時間 計 時間 分 職 場 ↓ （ ） [分] 【 】	
	【 】： 駅名・停留所名	↓ （ ） [分] 【 】	↓ （ ） [分] 【 】	
	（ ）： 通勤手段	↓ （ ） [分] 【 】	↓ （ ） [分] 【 】	
	[分]： 所要時間	↓ （ ） [分] 【 】 ↓ （ ） [分] すこやか	↓ （ ） [分] 【 】 ↓ （ ） [分] すこやか	
平均月収				
備考				

就学	学 校 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
不在	理 由	1 死亡 2 離別 3 単身赴任 4 その他 ()	1 死亡 2 離別 3 単身赴任 4 その他 ()
疾病・看護	氏 名 (続柄)		
	病 名		
	状 況 (病院・施設名)	1 自宅療養 2 入院 () 3 通所・通院 () 月・週 回	1 自宅療養 2 入院 () 3 通所・通院 () 月・週 回
障害	手帳の種類・等級	1 身体障害者手帳 (級) 2 愛の手帳 (度) 3 精神障害者保健福祉手帳 (級)	1 身体障害者手帳 (級) 2 愛の手帳 (度) 3 精神障害者保健福祉手帳 (級)
災害	災 害 の 状 況		
	発 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
添付書類	1 源泉徴収票 (年度分 母・父・他) 2 確定申告書写し (年度分 母・父・他) 3 在職証明書・在職申立書 4 診断書 (の分) 5 就学中の者の在学証明書 6 その他 ()		
同意	申請者及びその他の世帯員 (有・無 ()) は、所得状況について、市の保有する税情報で確認することに同意します。 令和 年 月 日 署名		

家庭狀況報告書

令和4年1月30日

子どもの状況

学童クラブ・保育園・幼稚園等終了後の状況
☐ トワイライトステイ事業を利用している（ 年 月から）☒ 自宅で保育している
☐ 他の施設に預けている ☐ 職場に連れて行っている ☒ 個人に預けている
☐ その他（ ）
利用頻度（月・週 1 回程度）

母・父の状況		母 の 状 況	父 の 状 況
あてはまるものに○を付けてください。		1 外勤 <u>2</u> 自営（外勤または中心者） 3 自営（居宅内労働または協力者） 4 採用内定 5 就学 6 疾病	<u>1</u> 外勤 2 自営（外勤または中心者） 3 自営（居宅内労働または協力者） 4 採用内定 5 就学 6 疾病
就業	事業所名	すこやか商店	株式会社すこやか
	所在地	東京都調布市国領町0-0-0	東京都新宿区新宿9-9-9 すこやかビル1F
	電話番号	000-000-0000	999-999-9999
	就労時間	在職証明書・申立書のとおり	在職証明書・申立書のとおり
	残業	月・週 <u>3</u> 日 <u>20</u> 時まで （※土日祝を除く日数）	<u>月</u> ・週 <u>1</u> 日 <u>22</u> 時まで （※土日祝を除く日数）
	就労状態	勤務日に○を付けてください。 <u>月</u> ・ <u>火</u> ・ <u>水</u> ・ <u>木</u> ・ <u>金</u> （定休日： <u>土日祝日</u> ）	勤務日に○を付けてください。 <u>月</u> ・ <u>火</u> ・ <u>水</u> ・ <u>木</u> ・ <u>金</u> （定休日： <u>不定休</u> ）
	通勤経路	所要時間 計 時間 <u>5</u> 分 職 場 ↓ （ <u>徒歩</u> ） [<u>5</u> 分] 【 】 【 】: ↓ （ ） [分] 駅名・停留所名 【 】 ↓ （ ） [分] （ ）: 【 】 通勤手段 ↓ （ ） [分] [分]: 【 】 所要時間 ↓ （ ） [分] 【 】 ↓ （ ） [分] すこやか	所要時間 計 時間 <u>36</u> 分 職 場 ↓ （ <u>徒歩</u> ） [<u>5</u> 分] 【 <u>新宿駅</u> 】 ↓ （ <u>電車</u> ） [<u>28</u> 分]（※） 【 <u>国領駅</u> 】 ↓ （ <u>徒歩</u> ） [<u>3</u> 分]（※） 【 】 ↓ （ ） [分] 【 】 ↓ （ ） [分] 【 】 ↓ （ ） [分] すこやか
平 月 収	10万円	10万円	
考	最短経路をご記入ください。		

経路案内ソフト等で確認し、修正
させていただく場合があります。

※ 新宿→国領 : 28分
国領→すこやか : 3分

就学	学 校 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
不在	理 由	1 死亡 2 離別 3 単身赴任 4 その他 ()	1 死亡 2 離別 3 単身赴任 4 その他 ()
疾病・看護	氏 名 (続柄)		
	病 名		
	状 況 (病院・施設名)	1 自宅療養 2 入院 () 3 通所・通院 () 月・週 回	1 自宅療養 2 入院 () 3 通所・通院 () 月・週 回
障害	手帳の種類・等級	1 身体障害者手帳 (級) 2 愛の手帳 (度) 3 精神障害者保健福祉手帳 (級)	1 身体障害者手帳 (級) 2 愛の手帳 (度) 3 精神障害者保健福祉手帳 (級)
災害	災 害 の 状 況		
	発 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
添付書類	① 源泉徴収票 (令和3 年度分 母・父・他) ② 確定申告書写し (令和3 年度分 母・父・他) ③ 在職証明書・在職中立書 ④ 診断書 (の分) ⑤ 就学中の者の在学証明書 ⑥ その他 ()		
同意	申請者及びその他の世帯員 有 無 (すこやか父) は、所得状況について、市の保有する税情報で確認することに同意します。 令和4年1月30日 署名 すこやか母 (※)		

※ 利用登録申請書の申請者と同一の方でお願いします。

※外勤の方は、こちらの用紙に勤務先から証明をもらってください。

調布市長 あて

在職証明書(トワイライトステイ用)		児童名	
保 護 者	住 所	調布市 町 丁目 番地	
	氏 名		続 柄
主たる勤務地（派遣社員は派遣先）	所 在 地		
	名 称		
	電 話 番 号		
仕 事 を 始 め た 日		昭和・平成・令和 年 月 日（予定 令和 年 月 日）	
仕 事 の 内 容			
勤 務 形 態		1. 正規の職員・社員 2. 常勤パート 3. 臨時 4. その他（ ）	
勤務時間 （曜日や月5回程度等、状況に応じて記入）		午 前 ・ 午 後 時 分 ～ 午 前 ・ 午 後 時 分	
		午 前 ・ 午 後 時 分 ～ 午 前 ・ 午 後 時 分	
		午 前 ・ 午 後 時 分 ～ 午 前 ・ 午 後 時 分	
		午 前 ・ 午 後 時 分 ～ 午 前 ・ 午 後 時 分	
		午 前 ・ 午 後 時 分 ～ 午 前 ・ 午 後 時 分	
時 間 短 縮 制 度		取得なし・取得中	
		取得（予定）期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
		取得中の勤務時間 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分	
休 日	土・日曜，祝日以外の休日	無・有の場合 曜日	
	変 則 勤 務	無・有の場合	
1か月の勤務日数及び賃金		日／月 円／月（※税込み支給額を記入して下さい）	
産 休 期 間		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日	
育 見 休 暇 期 間		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日	
証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	調布市長 様		
	事業所住所		
	事業所名		
	代表者氏名		
	電話番号		
担当者名			

※この証明書は、事業所が証明するもので、上記の欄に保護者が記入，加筆した場合は無効となりますのでご注意ください。太枠内すべての項目を事業所で記入してください。

※訂正する際に修正液は使用しないでください。修正する際は証明欄に押印した代表者又は事業所印にて，訂正印を押印してください。

※記載事項に虚偽があった場合は，トワイライトステイの申し込みは無効になります。

お問合せ先
調布市子ども家庭支援センターすこやか トワイライトステイ担当 TEL 042-481-7733

※自営の方は、こちらの用紙にご自分で記入してください。

調布市長 あて **在職申立書(トワイライトステイ用)** 年 月 日

私の仕事の状況は、下記のとおりであることを申し立てます。		児童名	
保 護 者	住 所	調布市 町 丁目 番地	
	氏 名		続 柄
事 業 所	所 在 地		
	名 称		
	電 話 番 号		
事 業 の 種 類		小売販売業・飲食店業・建築不動産業・生命保険業・サービス業 ・著作業・芸術芸能家・その他（ ）	
事 業 の 内 容		(具体的に)	
事 業 開 始 年 月 日		平成・令和 年 月 日から	
事 業 の 従 事 形 態		中 心 者 ・ 協 力 者 (週 日程度) ※中心者の場合 使用人が有（ ）人 ・ 無	
勤務時間 (曜日や 月5回程 度等、状 況に応じ て記入)		午 前 ・ 午 後 時 分	～ 午 前 ・ 午 後 時 分
		午 前 ・ 午 後 時 分	～ 午 前 ・ 午 後 時 分
		午 前 ・ 午 後 時 分	～ 午 前 ・ 午 後 時 分
		午 前 ・ 午 後 時 分	～ 午 前 ・ 午 後 時 分
		午 前 ・ 午 後 時 分	～ 午 前 ・ 午 後 時 分
従事する前後準備時間		要 ・ 不 要 ※必要な場合 (前) 時 分 ～ 時 分 (後) 時 分 ～ 時 分	
休 日	毎月 日 ・ 毎週 曜日 ・ 不定期 (月に 日)		
1か月の勤務日数及び賃金		日／月 円／月 (※税込み支給額を記入して下さい)	
税 申 告		・ 確定申告をしている ・ 源泉徴収されている ・ その他 ()	

※記載内容に虚偽があった場合は、トワイライトステイの申込みは無効になります。

お問合せ先
調布市子ども家庭支援センターすこやか トワイライトステイ担当 TEL 042-481-7733

トワイライトステイ事業利用者選考基準表

類型	項目	細目	内容	指数
外勤・自営の中心者	A	迎え時間	22時まで	7
			21時30分まで	6.5
			21時まで	6
			20時30分まで	5.5
			20時まで	5
			19時30分まで	4.5
			19時まで	4
			18時30分まで	3.5
			18時まで	3
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	7
			4日	6
			3日	5
			2日	4
			1日	3
自営(居宅内労働・協力者)	A	迎え時間	22時まで	6
			21時30分まで	5.5
			21時まで	5
			20時30分まで	4.5
			20時まで	4
			19時30分まで	3.5
			19時まで	3
			18時30分まで	2.5
			18時まで	2
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	6
			4日	5
			3日	4
			2日	3
			1日	2
不在(死亡, 離別, 行方不明, 拘禁)	A			7
	B			7
疾病(入院, 居宅内(常時病臥, 精神性, 感染性))	A			7
	B			7
疾病(居宅内(一般療養))	A			3
	B			3
身体障害者福祉法(昭和24年法律第238号。以下「身障法」という。)に基づく身体障害者手帳(1, 2級), 東京都愛の手帳交付要綱(昭和42年民児精発58号。以下「愛の手帳要綱」という。)に基づく愛の手帳(1, 2度)又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(第123号。以下「精神保健福祉法」という。)に基づく精神障害者保健福祉手帳(1級)の交付を受けた者	A			7
	B			7
身体法に基づく身体障害者手帳(3, 4級), 愛の手帳(3度)又は精神障害者福祉法に基づく精神障害者保健福祉手帳(2級)の交付を受けた者	A			6
	B			6
身体法に基づく身体障害者手帳(5, 6級), 愛の手帳(4度)又は精神障害者福祉法に基づく精神障害者保健福祉手帳(3級)の交付を受けた者	A			3
	B			3

看護(病院等付添い)	A		7	
	B		7	
看護(自宅療養)	A		3	
	B		3	
災害	A		7	
	B		7	
特例(自営・中心者(使用人あり))	A	迎え時間	22時まで	5
			21時30分まで	4.5
			21時まで	4
			20時30分まで	3.5
			20時まで	3
			19時30分まで	2.5
			19時まで	2
			18時30分まで	1.5
			18時まで	1
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	5
			4日	4
			3日	3
			2日	2
			1日	1
特例(自営・協力者(使用人あり))	A	迎え時間	22時まで	4
			21時30分まで	3.5
			21時まで	3
			20時30分まで	2.5
			20時まで	2
			19時30分まで	1.5
			19時まで	1
			18時30分まで	0.5
			18時まで	0
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	4
			4日	3
			3日	2
			2日	1
			1日	0
就学	A		5	
	B		5	
生活保護世帯	C		8	
世帯の市民税課税状況		非課税	8	
		均等割のみ課税	7	
		所得割額課税	6	
世帯の所得税課税額状況		10万円未満	5	
		10万円以上15万円未満	4	
		15万円以上30万円未満	3	
		30万円以上	2	

備考

1 選考指数の算定式は、次のとおりである。

選考指数＝母等の状態(A指数＋B指数)＋父等の状態(A指数＋B指数)＋課税状況等(C指数)

2 利用者は、選考指数の上位の者から選考するものとする。ただし、選考指数が同位のときは、低所得者を優先するものとする。

フリガナ			男・女	家での呼び名	
児童名					
生年月日	20	年	月	日	(才ヶ月)

就学状況	園／学校名			学童／ユーフォー	
	学年・組・担任	年	組	先生	その他
緊急連絡先 (続柄)	①氏名:	()	②氏名:	()	③氏名: ()
	TEL:		TEL:		TEL:

健康	平熱	℃		かかりつけ医	病院		先生
	今までかかった 大きな病気	／					治療中・完治
	最近かかった 病気	／					治療中・完治
	現在治療中の病気	無・有					
	使用中の薬	無・有					
	けいれん	無・有	熱性・無熱性・てんかん・その他()				
	ひきつけ	今までに 回・最後は 年 月		予防薬	無・有		
	予防接種歴	ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ポリオ・四種混合(I期初回・追加)・三種混合(I期初回・追加)・BCG・ロタMR(麻しん風しん)・水痘・日本脳炎(I期初回・追加)・二種混合(ジフテリア・破傷風)・その他()					
	特別な配慮	無・有	診断名()				
	障害について	通い先への情報依頼		可・不可	関係機関()		

アレルギー・未食	アレルギー	無・有 (食物・その他)		エピペン処方		無・有
	アレルギー対象	症状	対応	検査結果	現状・注意点	
	例)卵白	顔から始まって全身湿疹	ザジデン内服	血液検査+	完全除去(つなぎもマヨネーズも×)	
	未食 (まだ食べたことがない物)	無 / そば・卵・青魚・甲殻類・ごま・ナッツ類 その他()				

生活	生活リズム	起床	時 分	就寝	時 分	
	食事	自立・一部介助・全介助 / スプーン・フォーク・はし			食事量	多い・普通・少ない
	排泄	自立・オムツ・トイレトレーニング中			排便	回/日(時頃)
	手洗い	自分で洗う・ふいてもらう			うがい	くちをゆすぐ・できない
	好きな遊び					
その他, 気をつけて もらいたいこと等						

家族構成等 ※お迎えの可能性のある 方もご記入ください。	氏名	続柄	連絡先(勤務先等)	携帯電話	お迎え証
					無・有
					無・有
					無・有
					無・有

※救急搬送の場合は、救急隊の指示に従う為、搬送病院についてご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

児童表記載内容に相違ありません。また、内容等に変更がある場合はその都度報告致します。

20 年 月 日 保護者サイン :

聴き取り事項・特記など

児童氏名 (

)

[illegible]

災害時（緊急時）引き渡し確認カード すこやか 令和4年度（上・下）

フリガナ			所属先		小学校 保育園 幼稚園	年 才 才	組
児童							
住所							
緊急連絡先	自宅電話番号	続柄（ ）		続柄（ ）			
	携帯電話番号	続柄（ ）		続柄（ ）			
緊急時の引取人（迎えに来る人・保護者、近所の方及び18歳以上兄弟も含む）							
フリガナ 引取人氏名	子との 続柄	電話番号	すこやかまでの 所要時間	備考			
(例) すこやか ^{タロウ} 太郎	父	090-0000-0000(携帯) 03-0000-0000(勤務先)	90分	勤務先電話番号は 勤務時間内に限る (9:00～17:00)			
(例) すこや ^{カナ} 佳奈	近所の方	090-0000-0000	徒歩10分				
通勤経路・所要時間	母		父				
(例) 職場(最寄り駅)⇄すこやか(国領) (40分)							
子の健康状態	アレルギー	無・有（ ）	服用中の 薬	無・有（ ）			

※以下の欄はご記入なさらないでください

非常時使用欄		
引き渡し日時	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分	
引き渡し場所	すこやか・避難所（ ）・その他（ ）	
引取り人氏名（サイン）		
引き渡し後の連絡先 （保護者以外の場合のみ記入）	避難予定先住所	
	電話番号	
引取り確認（職員サイン）		

※内容に変更があった場合は、必ずその都度連絡してください。

※緊急時の引取人欄に記載されていない方には、お子さまを引き渡すことができませんので、ご了承ください。

※すこやかの避難場所は、調布市立第六中学校です。

内容等に変更がある場合は、その都度報告します。

20 年 月 日 保護者サイン