令和６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，17～22 時にお預かりします。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・年末年始（12/29～1/4）は，すこやかの休館日です。

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６年1月 15日（月）～2月 15 日（木）　　※最終受付は 17 時まで

申請期間以降：令和６年2月 16 日（金）以降，随時受け付けます。

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９～17 時（17 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 17～22 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：通勤先等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。

（３）世帯状況を確認するための書類（該当者のみ）

次の書類を１つでもお持ちの方は，利用料が免除になります。

- 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５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。）

（４）令和５年分確定申告書か源泉徴収票

※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６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 診断書か障害者手帳等

・保護者・その家族が病気や心身に障害がある場合は，診断書か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）児童票

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ています。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６年２月 15 日（木）17 時までの申請者を対象に審査を行い，正会員（優先利用登録者）を決定します。

正会員以外の方は，準会員（利用登録者）として登録します。審査の結果につきましては，３月中旬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６年４月１日（月）～令和６年９月３０日（月）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，事前にご登録いただけますが，１歳６ヶ月に達してからの利用になります。詳細は，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＞

R6上

① 登録申請受付　令和6年１月15日（月）～2月15日（木）　※受付は17時まで

↓　※1/20（土）・21（日）は休館日

② 不足書類受付　2月16日（金）～2月22日（木）　※受付は17時まで

↓　※2/17（土）・18（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順位選考基準表」に基づき，登録を確定します。

↓

⑤ 登録結果発送　3月15日（金）～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。

↓　※3/16（土）・17（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・あそビバ等に，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（月）～

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。（正会員優先）
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～利用希望日前日の正午。ただし，利用希望日前日が休館日の場合は, 休館日前の開館日の正午まで。（先着順）
※休館日の利用申請受付は，インターネット・FAXのみ。

↓

⑨ 正会員（優先利用登録者）

(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

(1)第1期で申請した希望日のうち，利用できない日がある場合のみ，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。

第１号様式（第５関係）

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　状　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 【　　】： 駅名・停留所名 （　　）： 通勤手段 ［　分］： 所要時間	所要時間　計　　時間　　分 職　場 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ すこやか	所要時間　計　　時間　　分 職　場 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　分］ 【　　】 ↓　（　　）［　　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（　　年分　母・父・他）　2確定申告書写し（　　年分　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　状　況　報　告　書

令和6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　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	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　3　日　20　時まで （※土日祝を除く日数）	月・週　1　日　22　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：　土日祝日　）	勤務日に○を付けてください。 月・火・水・木・金 （定休日：　不定休　）
	通勤経路 【　】： 駅名・停留所名 （　）： 通勤手段 ［　分］： 所要時間	所要時間　計　　時間　5　分 職　場 ↓　（徒歩）［5分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ すこやか	所要時間　計　　時間　36　分 職　場 ↓　（徒歩）［5分］ 【新宿駅】 ↓　（電車）［28分］（※） 【国領駅】 ↓　（徒歩）［3分］（※） 【　】 ↓　（　）［　分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ 【　】 ↓　（　）［　分］ すこやか
	平均月収	10万円	10万円
	備考		

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５年分　母・父・他）　2確定申告書写し（令和５年分　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（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６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		
育児休暇期間		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 担当部署　　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。

※記載内容に関して，事業所ご担当者様に問い合わせる場合があります。

※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）		
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順位選考基準表

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，拘禁等）	A			7
	B			7
疾病等（入院，居宅内療養（常時病臥，感染性））	A			7
	B			7
疾病等（居宅内療養（一般療養））	A			3
	B			3
身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づく身体障害者手帳（以下「身障手帳」という。）（1,2級），東京都愛の手帳交付要綱（昭和42年民児精発58号）に基づく愛の手帳（以下「愛の手帳」という。）（1,2度）又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神障害者保健福祉手帳（以下「障害者手帳」という。）（1級）の交付を受けた者	A			7
	B			7
身障手帳（3,4級），愛の手帳（3度）又は障害者手帳（2級）の交付を受けた者	A			6
	B			6
身障手帳（5,6級），愛の手帳（4度）又は障害者手帳（3級）の交付を受けた者	A			3
	B			3

類型	項目	細目	内容	指数
看護等（病院等付添い）	A			7
	B			7
看護等（自宅療養）	A			3
	B			3
被災等	A			7
	B			7
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，次に掲げるところによる。
　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　選考指数の合計点が同位のときは，低所得者を優先するものとする。

トワイライトステイ◇　　**児 童 票**　　令和6(2024)年度　　上半期・下半期

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

就学状況	園／学校名		学童／あそビバ	
	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	
	今までに	年　月			治療中・完治
	かかった病気	年　月			治療中・完治
	治療中の病気	年　月		服薬　無・有（　　）	
	（服薬内容）	年　月		服薬　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（　　）
	特別な	無・有	診断名（　　）		
	配慮・障害	通い先への情報依頼	可・不可	関係機関（　　）	
	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）・おたふくかぜ・その他（　　）			

アレルギー・未食	アレルギー	無・有（食物・その他）		内服　無・有		エピペン　無・有
	原因	症状	緊急薬・対応	検査	結果	治療状況
	例）卵白	嘔吐，じんましん，下痢	ザジデン内服	負荷テスト	卵白1g可	完全除去／一部除去
	未食（まだ食べたことがない物）	無・有	鶏卵・牛乳・乳製品・小麦・ソバ・ピーナッツ・大豆・ゴマ クルミ・アーモンド・カシューナッツ・エビ・カニ・イカ・タコ ホタテ・アサリ・イクラ・タラコ・サバ・サケ・鶏肉・牛肉・豚肉 やまいも・キウイ・バナナ・もも・りんご・オレンジ・ゼラチン その他（　　）			

生活	生活リズム	起床　　時　　分	就寝　　時　　分		
	食事	自立・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）
	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 ：

災害時（緊急時）引き渡し確認カード　すこやか　令和６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				学童／ あそビバ		
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歳以上兄姉も含む）

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　太朗（タロウ）	父	090-0000-0000（携帯） 03-0000-0000（勤務先）	90分	
（例）　すこや　佳奈（カナ）	近所の方	090-0000-0000	徒歩10分	

通勤経路・所要時間 （例） 職場(最寄り駅)⇔すこやか(国領) （40分）	母		父	
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿