

# シルバーママサービス（子どもの一時預り）・居宅訪問型保育申し込み書

令和 年 月 日

ふりかな

お子様の名前

（ 男 ・ 女 ）

生年月日 20 年 月 日

ふりかな

保護者氏名

お子様との間柄 （ ）

住 所 〒

電話番号（緊急連絡先を優先順に記入してください）

①

（氏名

）（間柄

）

②

（氏名

）（間柄

）

③

（氏名

）（間柄

）

ふりかな

保護者以外の関係者氏名

お子様との関係

住 所 〒

電話番号

かかりつけ医院 （

）

健康保険証番号 （

）

シルバーママまでの所要時間

（家から

で

分ぐらい）

（勤務先から

で

分ぐらい）

お子様について知らせておきたいこと

・集団保育・子育て広場等の経験

・兄弟姉妹の有無

兄（

才）

・姉（

才）

・弟（

才）

・妹（

才）

・食事

・睡眠

・排泄

・性格、気質等

・その他

アレルギーについて （ ある ・ ない ）

ある場合の詳しい内容

## 予防接種・健康状況について

4 種混合（初回・追加）

（百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ）： 未 ・ 済 （ ） 歳

|       |   |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|
| B C G | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 | 水痘    | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |
| 日本脳炎  | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 | 肺炎球菌  | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |
| 麻疹・風疹 | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 | H i b | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |
| ロタ    | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 | B 型肝炎 | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |
|       | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |       | ： | 未 | ・ | 済 | （ | 歳 |

主な既往症☑し記入してください。

|                                   |   |   |                              |   |   |
|-----------------------------------|---|---|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 水ぼうそう    | （ | 歳 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | （ | 歳 |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ   | （ | 歳 | <input type="checkbox"/> 肺炎  | （ | 歳 |
| <input type="checkbox"/> はしか（麻しん） | （ | 歳 | <input type="checkbox"/> その他 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 風疹       | （ | 歳 | 病名                           | （ | 歳 |
| <input type="checkbox"/> 川崎病      | （ | 歳 |                              |   |   |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ     | （ | 歳 | ・                            | （ | 回 |

公益社団法人 府中町シルバー人材センター

理事長 浦田 宏

# 利用同意書

利用者（子供）

（ ）は、公益社団法人府中町シルバー人材センターのシルバーママサービス及び居宅訪問型保育の利用において発生した事故等については、公益社団法人府中町シルバー人材センターが加入している総合賠償保険及び傷害保険による補償を適用することに意義ありません。

また利用者及びその家族の個人情報については必要最小限の範囲で市町村、医療機関、活動及び利用会員への説明利用することに同意します。

年            月            日

保護者名

公益社団法人府中町シルバー人材センター  
シルバーママサービス・居宅訪問型保育利用契約書

- 1、 施設及び事業の名称  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
「シルバーママサービス」「居宅訪問型保育」
- 2、 所在地  
広島県安芸郡府中町浜田3番9番2号  
府中町シルバーワークプラザ内
- 3、 契約内容  
事業に 別紙 シルバーママサービス・居宅訪問型保育ご案内のとおり
- 4、 利用金額  
別紙 シルバーママサービス・居宅訪問型保育ご案内のとおり
- 5、 契約履行機関  
年 月 日 ～ 年 3月31日まで
- 6、 管理者  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏  
広島県安芸郡府中町浜田3番9番2号
- 7、 保険の種類及び利用負担金として  
保険種目：シルバー人材センター総合賠償保険及び傷害保険（東京海上日動火災保険）  
保険金額：支払限度額 対人/1億円・対物/5,000万円  
※会員の活動中に会員が起因する事故の賠償  
死亡・後遺傷害 1人あたり 500万円  
入院 1日 3,000円・通院 1日 2,000円
- 8、 提携医療機関  
すくすくキッズクリニック・向洋こどもクリニック
- 9、 苦情受付  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
担当者 住友 剛士

年 月 日

甲 公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏

乙 住所

氏名



公益社団法人府中町シルバー人材センター  
シルバーママサービス・居宅訪問型保育利用契約書

- 1、 施設及び事業の名称  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
「シルバーママサービス」「居宅訪問型保育」
- 2、 所在地  
広島県安芸郡府中町浜田3番9番2号  
府中町シルバーワークプラザ内
- 3、 契約内容  
事業に 別紙 シルバーママサービス・居宅訪問型保育ご案内のとおり
- 4、 利用金額  
別紙 シルバーママサービス・居宅訪問型保育ご案内のとおり
- 5、 契約履行機関  
年 月 日 ～ 年 3月31日まで
- 6、 管理者  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏  
広島県安芸郡府中町浜田3番9番2号
- 7、 保険の種類及び利用負担金として  
保険種目：シルバー人材センター総合賠償保険及び傷害保険（東京海上日動火災保険）  
保険金額：支払限度額 対人/1億円・対物/5,000万円  
※会員の活動中に会員が起因する事故の賠償  
死亡・後遺傷害 1人あたり 500万円  
入院 1日 3,000円・通院 1日 2,000円
- 8、 提携医療機関  
すくすくキッズクリニック・向洋こどもクリニック
- 9、 苦情受付  
公益社団法人府中町シルバー人材センター  
担当者 住友 剛士

年 月 日

甲 公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏

乙 住所

氏名



事務連絡  
令和7年4月1日

シルバーママサービス利用者 各位

公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏

利用負担金について（お願い）

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

当センターでは、府中町シルバーワークプラザ内におきまして「シルバーママサービス（認可外保育施設）」を開設しております。シルバーママサービスの運営にあたりましては、皆様の子育てに微力ながらお役にたてるよう業務にあたっているところです。

ご利用にあたり、登録時に令和7年度負担金として1,000円をご負担いただきます。この負担金は、事業に係る利用者の保険料及び環境整備のための費用となっております。

これからもより良いサービスが提供できるようセンター役職員、就業会員一同努めてまいりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

領収証

保護者氏名 様

金額 1,000円

但し 令和7年度利用負担金として

年 月 日 上記正に領収いたしました

【内訳】

消費税（10%） 0円

公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏

登録番号 T9-2400-0501-2396

領収証（事務所控）

保護者氏名 様

金額 1,000円

但し 令和7年度利用負担金として

年 月 日 上記正に領収いたしました

公益社団法人府中町シルバー人材センター  
理事長 浦田 宏

登録番号 T9-2400-0501-2396