様式第1号(第8条関係)

一時保育事業利用申込書

(児童台帳)

　　　年　　月　　日

　御杖村長　　様

保護者住所

保護者氏名　　　　　　　　　　印

　一時保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用施設名 | |  | | | | | | | | | | |
| 申込児童名 | | ふりがな | | | | | | | | 緊急連絡先 | | 勤務先・自宅・その他  会社名  TEL |
| 氏名 | | | | | | | |
| 生年月日  　　年　　　月　　　日生 | | | | | 男女 | | 年齢 | 勤務先・自宅・その他  会社名  TEL |
| 利用児童の家庭の状況 | 氏名 | | | 続柄 | 性別 | 年齢 | | 職業 | | | 勤務先及びTEL | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |
| 申込理由  (○印で記入) | | | 1　家庭外労働　　　2　家庭内労働　　　3　出産  4　疾病　　　　　　5　通院　　　　　　6　職業訓練等  7　就学　　　　　　8　入院　　　　　　9　災害  10　事故　　　　　　11　看護　　　　　　12　冠婚葬祭  13　リフレッシュ　　14　その他 | | | | | | | | | |
|
| * 14と記入された方は、その理由を記入してください。   　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | |
| 児童の健康状況 | | | 健康　・　病弱(病名　　　　　)  かかりつけの病院名(　　　　　　　　)  身体障害(有　・　無)  アレルギー(有　・　無)  　※有の場合（アトピー・ぜんそく・その他：　　　　　　）  　　　制限食品： | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用を希望する期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | |
| 利用を希望する曜日 | | | 月・火・水・木・金 | | |
| 利用を希望する期間 | | | 午前・午後　　時　　分　　　～午前・午後　　時　　分 | | |
| 生活保護の状況 | | | 適用あり・適用なし | | |
| 添付書類等 | | | 1勤務状況証明書(長期保育を利用される場合のみ)  2医師の診断書　(長期保育を利用される場合のみ)  3児童の健康診断書(長期保育を利用される場合のみ)  4その他必要書類 | | |
| 事業の区分 | □非定型的保育　　　　　　　　　　□緊急保育  □私的理由による保育 | | | | |
|  |
| 一時保育料 | 児童1人当たり　　　　日額　　　　　　　　円 | | | | |
| 事業の区分 | | 利用開始日 | | 利用終了日 | 備考欄 |
| 1　非定型的保育 | | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |  |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 2　緊急保育 | | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |  |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 3　私的理由による保育 | | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |  |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |

(注)　太枠内は記入しないでください。