

令和 年度聖籠町休日保育事業利用登録申請書

申請日 令和 7年 4月 1日

聖籠町長 様

(保護者) 氏名 聖籠 緑丸

休日保育事業を令和 7年 6月から利用したいので、次のとおり申請します。なお、利用に際しては、保育に必要な児童の情報について、在籍施設と休日保育実施施設で相互に提供することを同意します。

休日保育を利用する児童	氏 名	生年月日 (クラス年齢)		性別	在籍施設	食物 アレルギー
	(フリガナ)セイメイ リリカ 聖籠 百合若	R3 年 9 月 29 日 (3 歳児クラス)		男 女	〇〇こども園	有 無
	(フリガナ)	年 月 日 (歳児クラス)		男 女		有 無
	(フリガナ)	年 月 日 (歳児クラス)		男 女		有 無
住所	聖籠町大字 諏訪山 1635-4 電話番号 (×××-××××-×××)					
休日保育を必要とする理由	※保護者及び同居の親族（祖父母）が保育できない状況を具体的に記入してください					
	父母どちらも日曜祝日の勤務があり、勤務が重なってしまう場合がある。子どもの祖父母とは					
	同居しておらず、近所にも住んでいないため、子どもを預かってもらうことができない。					
同居の家族	氏 名 (利用児童除く)	続柄	年齢	勤 務 先 (電話番号)	日曜・祝日 の勤務状況	休日
	(フリガナ)セイメイ ミドリマル 聖籠 緑丸	父	35	株式会社〇〇 (×××)×××-××	第 1.3.5 日曜 9:00~18:00 勤務	月曜、土曜
	(フリガナ)セイメイ ハナ 聖籠 花	母	33	△△株式会社 (×××)×××-××	不規則 (シフト制)	不規則 (シフト制)
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		

(裏面もご記入ください)

かかりつけの医院	医院名	所在地（〇〇市〇〇区）
	〇〇子どもクリニック	〇〇市〇〇区
	医院名	所在地（〇〇市〇〇区）
	〇〇整形外科	〇〇〇市
① 緊急連絡先	連絡先	電話番号
	聖籠 緑丸（父）	×××-××××-××××（携帯電話） ×××-××××-××××（勤務先）
② 緊急連絡先	連絡先	電話番号
	聖籠 花（母）	×××-××××-××××（携帯電話） ×××-××××-××××（勤務先）
児童の保育に関する連絡事項	※児童の健康状態など注意することがあれば記入してください（例：アレルギーなど配慮が必要なこと等） 喘息があります。	

（休日保育利用登録申請用写真台帳の見本）

児童の 顔が良く分かる写真 （カラー写真） を貼ってください。	児童の 顔が良く分かる写真 （カラー写真） を貼ってください。	児童の 顔が良く分かる写真 （カラー写真） を貼ってください。
児童氏名 聖籠 百合若	児童氏名	児童氏名
通常迎えに来る 保護者の 顔が良く分かる写真 （カラー写真）を 貼付してください。	通常迎えに来る 保護者の 顔が良く分かる写真 （カラー写真）を 貼付してください。	
保護者氏名 聖籠 緑丸 （続柄 父 ）	保護者氏名 聖籠 花 （続柄 母 ）	保護者氏名 （続柄 — ）