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　　年　　月　　日

聖籠町長　様

（保護者）氏名

休日保育事業を令和　　年　　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、在籍園と休日保育実施園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 | 在籍園 | 食物アレルギー |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 　　年　月　日（　　　歳児クラス） | 男女 |  | 有無 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 　　年　月　日（　　　歳児クラス） | 男女 |  | 有無 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 　　年　月　日（　　　歳児クラス） | 男女 |  | 有無 |
| 住所 | 聖籠町大字　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
|  |
|  |
|  |
| 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 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |  | (　　) 　 － |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |  | (　　）　 － |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |  | (　　) 　 － |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |  | (　　) 　 － |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |  | (　　) 　－ |  |  |

（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） |
|  |  |
| 医院名 | 所在地（〇〇市〇〇区） |
|  |  |
| 緊急連絡先① | 連絡先 | 電話番号 |
|  |  |
| 緊急連絡先② | 連絡先 | 電話番号 |
|  |  |
| 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） |