

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<br>(クラス年齢)   |    | 性別              | 在籍園            | 食物<br>アレルギー |
|                  | (フリガナ)                                 | 年 月 日<br>( 歳児クラス) |    | 男<br>女          |                | 有<br>無      |
|                  | (フリガナ)                                 | 年 月 日<br>( 歳児クラス) |    | 男<br>女          |                | 有<br>無      |
|                  | (フリガナ)                                 | 年 月 日<br>( 歳児クラス) |    | 男<br>女          |                | 有<br>無      |
| 住所               | 聖籠町大字 電話番号 ( )                         |                   |    |                 |                |             |
| 理由<br>休日保育を必要とする | ※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<br>(利用児童除く)                        | 続柄                | 年齢 | 勤 務 先<br>(電話番号) | 日曜・祝日<br>の勤務状況 | 休日          |
|                  | (フリガナ)                                 |                   |    | ( ) -           |                |             |
|                  | (フリガナ)                                 |                   |    | ( ) -           |                |             |
|                  | (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） |
|               |                                                  |             |
|               | 医院名                                              | 所在地（〇〇市〇〇区） |
|               |                                                  |             |
| ① 緊急連絡先       | 連絡先                                              | 電話番号        |
|               |                                                  |             |
| ② 緊急連絡先       | 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） |             |