

平成30年度 新潟市休日保育事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

保護者氏名

休日保育を利用するにあたり、状況について次のとおり申請します。なお、利用に際しては、保育に必要な情報について、通園している施設より、休日保育実施施設に提供することを同意します。

登録希望 期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日までの休日 ※最長で申請年度の末日まで	初回登録 施設名	
------------	---	-------------	--

休日保育を利用する児童	氏 名	生年月日		平日通っている施設	認定区分		離乳食	食物アレルギー
	(フリガナ)	平成 年 月 日			2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無
	(フリガナ)	平成 年 月 日			2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無
	(フリガナ)	平成 年 月 日			2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無
住所	〒 電話 () -							
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 *祖父母はもれなく記入してください	氏 名 (利用児童を除く)	続柄	年齢	勤務先 (電話番号)	日曜・祝日の勤務状況 例 毎週日曜・祝日 8:30～17:30 勤務		休日 (定休日等) 例 毎週月曜	
	(フリガナ)			() -				
	(フリガナ)			() -				
	(フリガナ)			() -				
	(フリガナ)			() -				
	(フリガナ)			() -				

健康保険証		種 別	記 号 ・ 番 号
かかりつけの医院	内 科	医 院 名	電 話 番 号
	外 科	医 院 名	電 話 番 号
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)

市 処 理 欄	休日保育の実施	可 ・ 否	却下理由	
	実 施 期 間	年 月 日～ 年 月 日までの休日		
	減 免 確 認	保育料認定 [階層] 対 象 ・ 対 象 外		
	起 案 日	決 裁 日	保護者宛発送日	休日保育実施園宛 発 送 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

写 真 台 帳

児童 1 顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	児童 2 顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	児童 3 顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)
氏名	氏名	氏名

保護者の写真 1 顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	保護者の写真 2 顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)
氏名 (続柄)	氏名 (続柄)

※ 保護者の写真は、通常迎えに来る保護者の写真を2人分貼付してください。

(休日保育実施施設保管)