

平成30年度 新潟市休日保育事業利用登録申請書

平成30 年 3月 2日

(宛先) 新 潟 市 長

保護者氏名 新潟 太郎

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30年 4月 1日～平成31年 3月 31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	〇〇保育園
------------	--	----------------	-------

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) 新潟 花子	平成26年 6月 10日		〇〇保育園	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 ( ) -						
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						
	両親共働きで、父母どちらも土日祝日の勤務がある。また、母のシフトが毎月変わるため、父母の勤務が土日祝日で重なってしまうことがある。子どもの祖父母とは同居しておらず、また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 *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) ニイガタ タロウ 新潟 太郎	父	30	株式会社 ☆☆ (025) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	隔週日曜・12月29日 8:30 ～ 17:30 勤務	隔週月曜日	
	(フリガナ) ニイガタ リュウコ 新潟 柳子	母	35	□◆病院 (025) 000-0000	不規則（シフト制） 勤務時間もシフトにより異なる	不規則 （シフト制）	
	(フリガナ)			( ) -			
	(フリガナ)			( ) -			
	(フリガナ)			( ) -			

健康保険証		種 別	記 号 ・ 番 号
		厚生年金	151000-〇〇〇〇-〇△◆×◎
かかりつけの医院	内 科	医 院 名	電 話 番 号
		◆◆小児科	0 2 5 - 〇 〇 - △ △ △ △
	外 科	医 院 名	電 話 番 号
		□□□病院	0 2 5 - □ □ □ - ▲ ▲ ▲ ▲
緊急連絡先 1		連 絡 先	電 話 番 号
		新潟 柳子	0 9 0 - 〇 〇 〇 〇 - □ □ □ □ (携帯) (0 2 5) 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 (会社)
緊急連絡先 2		連 絡 先	電 話 番 号
		新潟 太郎	0 8 0 - × × × × - 〇 〇 〇 〇 (携帯) (0 2 5) 〇 〇 〇 - □ □ □ □ (会社)

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)
	卵アレルギーがあります。

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