様式第１号（第７条関係）

休日保育利用登録申請書

　　年　　月　　日

　田原市長　様

住所

氏名

電話　　　　　－

　休日保育を利用したいので、田原市休日保育実施要綱第７条第１項の規定により次のとおり申請します。また、田原市休日保育実施要綱第４条の規定により市税の滞納がないことを確認することに同意します。

　なお、利用料については、田原市休日保育実施要綱第１４条に規定する額を納入することに同意します（休日保育を利用し、平日に休みを取った場合の保育料の減額はしません。）。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | | 入所施設 | |
| ふりがな（　　　　　　　） | 年　月　日生 | | | 男・女 | | 園 | |
| ふりがな（　　　　　　　） | 年　月　日生 | | | 男・女 | | 園 | |
| ふりがな（　　　　　　　） | 年　月　日生 | | | 男・女 | | 園 | |
| 保護者及び  家族の状況  （利用児童  は除く） | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 性別 | | 会社名又は学年 | | |
|  |  | 歳 | 男・女 | |  | | |
|  |  | 歳 | 男・女 | |  | | |
|  |  | 歳 | 男・女 | |  | | |
|  |  | 歳 | 男・女 | |  | | |
|  |  | 歳 | 男・女 | |  | | |
| 利用を希望  する理由 |  | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 連絡先の名称 | | | | | 電話 |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |
| 健康状態等 |  | | | | | | | |

（1/3）

休日保育調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族状況 | | 父 | | 母 | 同居の場合 | | |
| 祖父 | | 祖母 |
| 氏名 | |  | |  |  | |  |
| 勤務形態 | | 常勤･ﾊﾟｰﾄ･臨時  その他(　　 　) | | 常勤･ﾊﾟｰﾄ･臨時  その他(　　 　) | 常勤･ﾊﾟｰﾄ･臨時  その他(　　 　) | | 常勤･ﾊﾟｰﾄ･臨時  その他(　　 　) |
| 勤務時間 | | 午前　時　分  ～午後　時　分 | | 午前　時　分  ～午後　時　分 | 午前　時　分  ～午後　時　分 | | 午前　時　分  ～午後　時　分 |
| 休日の  勤務日 | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日  祝日の勤務  （有･無） | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日  祝日の勤務  （有･無） | 毎月第　曜日  毎週　　曜日  祝日の勤務  （有･無） | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日  祝日の勤務  （有･無） |
| 定休日 | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日 | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日 | 毎月第　曜日  毎週　　曜日 | | 毎月第　曜日  毎週　　曜日 |
| 事業主の証明 | 事業所  所在地 |  | |  |  | |  |
| 事業主 | 印 | | 印 | 印 | | 印 |
| 児童の  送迎者 | | 送り | 父・母・祖父・祖母 | | 送迎方法 |  | |
| 所要時間 |  | |
| 迎え | 父・母・祖父・祖母 | | 送迎方法 |  | |
| 所要時間 |  | |

※　勤務形態等の事業主の証明は、田原市子ども・子育て支援法施行細則に規定する様式就労証明書又は雇用証明書に代えることができる。また、本様式の記載内容を満たす場合は、事業主の発行する就労証明書等に代えることができる。

（2/3）

健康、体質等の注意事項連絡表

※年度の途中で内容に変更が生じた場合は、速やかに再提出をしてください。

（該当事項に〇印を）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| どんな病気にかかりましたか。 | | はしか・おたふく風邪・水ぼうそう・風疹・百日咳・その他（　　　　） | | | | |  | |
| 引き付けを起こしたことがありますか。 | | 無・有  　・どんなとき（　　　　　　　）  　・いつ頃（　　　　　　　　　）  　・回数（　　　　　　　　　　） | | | | | どんな様子の時に連絡したらよいですか。 | |
| 熱性けいれんを起こしたことがありますか。 | | 無・有  　・どんなとき（　　　　　　　）  　・いつ頃（　　　　　　　　　）  ・起きやすい体温（　　　　度） | | | | | どんな様子の時に連絡したらよいですか。 | |
| アレルギーはありますか。 | | 食物アレルギー　無・有（　　　　）  薬アレルギー　　無・有（　　　　）  喘息　　　　　　無・有（　　　　）  その他　　　　　（　　　　　　　） | | | | |  | |
| その他 | | 脱臼　無・有（部位　　　　　）  身体的・健康上のことで心配なことがありましたら記入してください。 | | | | |  | |
| 保険証 | 種　　類 | | 記　　号 | | 番　　号 | | | 保険者番号 |
|  | |  | |  | | |  |
| 乳児医療  受給者証番号 |  | | | | 現在の  体重 | ㎏ | | |
| 児童氏名 |  | | |  | | | | |

（3/3）