一時的保育事業適用申請書

平成　　年　　月　　日

一時的保育事業の適用を受けたいので、下記の通り申請します。

保護者	住　所			
	氏　名			
	電　話	（　　）		（　　）
児童	フリガナ 氏　名	男 ・ 女 歳		生年月日 平成　　年　　月　　日
現在かかりつけの病院の有無	ない ・ ある（病名 （病院名			） ）
アレルギーの有無	ない ・ ある	医師による受診〔病院名 投薬　〔飲み薬・塗り薬・その他 除去食　〔		〕 〕 〕

家族状況（申請児童を除く）

氏　　名	続　柄	性　別	勤務先　　電話
			（　　）
			（　　）
			（　　）
			（　　）
			（　　）

一時的保育事業の適用を受けたいので、下記の通り申請します。
該当するものに〇をつけて下さい。

保育の区分		非定型　保育　… 週３回程度の仕事、習い事、学校通学のため
		緊　急　保育　… 保護者の方等が、入院、看護等のため
		私的理由保育　… リフレッシュのため

申請理由
下記の中の該当するものがあれば（　）に〇をつけて下さい。
なければ、その他の欄にお書き下さい。

（　　）　母親の体調不良、妊娠、病気のために保育できる者がいないため
（　　）　サークル活動、勉強会等に参加するために保育できないため
（　　）　仕事、パート、アルバイト、内職のために保育できないため
（　　）　専門学校、自動車学校、免許取得するために保育できないため
（　　）　兄弟の行事参加のために保育できないため
（　　）　その他

希望保育園	彩　保育園
通所期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 ※年度ごとの切り替えになります。