

一時保育事業利用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人城東福祉会
理事長 伊藤 毅四郎 様

保護者 住 所 宮津市字
氏 名
電話番号 () 印

一時保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

区 分	ふりがな 氏 名	児童との 続 柄	性別	年 令 生年月日	勤務先又は 職 業
利用児童		本人			
世帯員		父	男		
		母	女		

利 用 申 込 理 由	<input type="checkbox"/> 緊急保育事業 保護者の疾病、災害、事故、出産、看護、介護、冠婚葬祭等社会的にやむを得ない理由により 緊急・一時的に家庭保育が困難となる児童に対する保育
	<input type="checkbox"/> 私的理由による保育サービス事業 保護者の意志に伴う心理的、肉体的負担を軽減するための、児童に対する保育（障害児や児童の 減少した地域の児童を体験的に入所させる場合も含む。 <input type="checkbox"/> 非定型的保育サービス事業 保護者の労働、職業訓練、就労などにより原則として平均週3日を限度として断続的に家庭保育が 困難となる児童に対する保育
上記の理由について、具体的に記入してください。	

緊急時連絡先	電話 () 連絡先名称
利用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
希望する 保育時間	時 分 ~ 時 分

家庭の状況

1. 保育園への送迎予定者及びその方法と所要時間

送迎予定者	送				
	迎				
方法等	徒 歩	分	自 動 車	分	
	自 転 車	分	バ ス	分	
	単 車	分	そ の 他	分	

2. 現在の児童の保育者は誰ですか。

父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()

3. 出産予定

有 (予定日 平成 年 月 日) ・ 無

4. 児童の健康状態

(1) 大きな病気にかかったこと。	有 ・ 無
いつ頃：	病名：
(2) 検診で指導されたこと。	有 ・ 無
いつ頃：	病名：
(3) 食物アレルギー	有 ・ 無 (食品名：)