

一時預かり利用申請書

記入日	年	月	日	希望 保育園名	ニチイキッズ	保育園		
申請保護者	フリガナ 氏名		印	自宅Tel 携帯Tel	() ()			
	住所	〒				児童との 続柄		
	勤務先 社名 部署		勤務先 電話	()				
	勤務先 住所	〒						
入社日	年					月	日	
育児休業中の場合	復帰予定日					年	月	日
お子様	フリガナ お名前		性別		保育 認定	2号認定・3号認定 (認定を受けていない場合は記入不要)		
	生年月日	年	月	日	利用年度の 4/1時点年齢	歳 ヵ月(歳児)		
お子様	フリガナ お名前		性別		保育 認定	2号認定・3号認定 (認定を受けていない場合は記入不要)		
	生年月日	年	月	日	利用年度の 4/1時点年齢	歳 ヵ月(歳児)		
第一 緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名		自宅Tel 携帯Tel	() ()			
		住所	〒					
第二 緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名		自宅Tel 携帯Tel	() ()			
		住所	〒					
送迎者	児童との 続柄	フリガナ 氏名		自宅Tel 携帯Tel	() ()			
		住所	〒					

※押印欄は、サインで可

※訂正がある場合は、2重線で抹消のうえ、訂正印(サインで可)をお願いいたします。

確認事項

1. 保育料は、3,000円(税別)です。
2. 保育時間は、予約時間内とし、当日の延長はできません。
3. キャンセルの場合は、ご利用時間前までに連絡ください。
4. 保育園の空き状況等により、ご利用いただけない日時がある可能性もございますので、あらかじめご了承ください。
(お電話での予約時にお伝えいたします。)
5. 上記記載事項が変更になった場合は、すみやかにお知らせください。
6. 当園で実施している一時預かりは保育料無償化の対象外となりますので、あらかじめご了承ください。お願い致します。

一時預かり利用申請書

記入日	2018年 5月 8日		希望 保育園名	ニチイキッズ 御茶/水 保育園			
申請保護者	フリガナ 氏名	マルマル ハナコ 〇〇 花子		印	自宅Tel 携帯Tel	045 (1234) 5678 090 (1234) 5678	
	住所	〒 123-5678 〇〇県XX区△△ 1-2-3 〇〇〇〇101号				児童との 続柄	
	勤務先 社名 部署	(株)〇〇〇〇 ××支社 ××支店 ××課		勤務先 電話	045 (6209) 1234 母		
	勤務先 住所	〒 123-5678 〇〇県XX区△△ 3-5-12					
入社日	年 月 日						
育児休業中の場合	復帰予定日 年 月 日						
お子様	フリガナ お名前	マルマル ジロウ 〇〇 次郎	性別	男	保育 認定	2号認定 3号認定 (認定を受けていない場合は記入不要)	
	生年月日	年 月 日			利用年度の 4/1時点年齢	歳 カ月 (歳児)	
お子様	フリガナ お名前	同時に複数のお子様について申請する場合に記入				認定・3号認定 (認定を受けていない場合は記入不要)	
	生年月日					歳 カ月 (歳児)	
第一 緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名			自宅Tel 携帯Tel	() ()	
	母	住所	〒 同上 日中連絡が取れる連絡先を記入				
第二 緊急 連絡先	児童との 続柄	フリガナ 氏名	マルマル タロウ 〇〇 太郎		自宅Tel 携帯Tel	() 080 (9876) 5432	
	父	住所	〒 同上				
送迎者	児童との 続柄	フリガナ 氏名			自宅Tel 携帯Tel	() ()	
	母	住所	〒 同上				

※押印欄は、サインで可

※訂正がある場合は、2重線で抹消のうえ、訂正印(サインで可)をお願いいたします。

確認事項

1. 保育料は、3,000円(税別)です。
2. 保育時間は、予約時間内とし、当日の延長はできません。
3. キャンセルの場合は、ご利用時間前までに連絡ください。
4. 保育園の空き状況等により、ご利用いただけない日時がある可能性もございますので、あらかじめご了承ください。(お電話での予約時にお伝えいたします。)
5. 上記記載事項が変更になった場合は、すみやかにお知らせください。
6. 当園で実施している一時預かりは保育料無償化の対象外となりますので、あらかじめご了承ください。お願い致します。

健康状況報告書

※あてはまる□にチェックをしてください。

<p>◆健康状況◆</p> <p><input type="checkbox"/>健康である</p> <p><input type="checkbox"/>病弱である 病名 []</p>	<p>◆慢性疾患での通院・経過観察◆</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 疾患名[]</p> <p>◆アレルギーの有無◆</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 種類[]</p> <p>◆熱性痙攣の有無◆</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>既往歴 []</p>		
<p>◆体質等◆</p> <p>平熱 [°C]</p> <p><input type="checkbox"/>お腹が弱い</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚が弱い</p> <p><input type="checkbox"/>脱臼しやすい</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>上記項目についての具体的症状 []</p>	<p>◆生活◆ ※3歳未満のお子様のみ</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"><p>食事</p><p><input type="checkbox"/>普通食</p><p><input type="checkbox"/>離乳食</p></td><td style="width: 50%;"><p>睡眠(午睡時間)</p><p><input type="checkbox"/>午前 : ~ : <input type="checkbox"/>午後 : ~ :</p></td></tr><p>授乳 授乳時間目安</p><p>授乳量 ml</p></table>	<p>食事</p> <p><input type="checkbox"/>普通食</p> <p><input type="checkbox"/>離乳食</p>	<p>睡眠(午睡時間)</p> <p><input type="checkbox"/>午前 : ~ : <input type="checkbox"/>午後 : ~ :</p>
<p>食事</p> <p><input type="checkbox"/>普通食</p> <p><input type="checkbox"/>離乳食</p>	<p>睡眠(午睡時間)</p> <p><input type="checkbox"/>午前 : ~ : <input type="checkbox"/>午後 : ~ :</p>		

| ◆その他◆ ※伝えておきたいこと等 | |

対象児童の健康状況は上記の通りです。

年 月 日

対象児童氏名

保護者氏名

印
