

一時保育利用申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 新柏会
ヴィヴァン亀甲台保育園
理事長 大久保 和枝 あて

保護者住所 _____
保護者氏名 _____ (印)
電話番号 _____

次のとおり、一時保育を利用したいので申請します。

新規 ・ 継続

フリガナ 児童名	生年月日		年 月 日		
	保育年齢		歳 (4月1日現在)		
利用期間	年 月 日 ~		年 月 日 まで		
初回利用日					
初回利用理由					
定期利用を 希望する	利用理由 () 毎週 . . . 曜日 (週 日)				
その他					
同居の家族の氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先 (学校) 名	電話
緊急連絡先	①氏 名			電話	
	②氏 名			電話	

上記のとおり、一時保育事業の利用を許可いたします。

*この通知書は、年度末まで大切に保管してください。

*申請事項の変更や利用の辞退等については、速やかに連絡してください。

ヴィヴァン亀甲台保育園
理事長 大久保 和枝

保険証	乳幼児受給券
記号	公費負担番号
番号	受給者番号
保険者番号	有効期限

入院・手術をしたことがありますか？ 無 有 歳 ヶ月
今までに大きな病気をしたことがありますか？（骨折・喘息・けいれん・心臓病等） 無 有 歳 ヶ月
上記の病気で現在通院や服用をしていますか？ 無 有 歳 ヶ月
注射・薬のアレルギーを起こしたことがありますか？ 無 有 歳 ヶ月
常備薬を服用していますか？ 無 有 歳 ヶ月
その他

	保育園のかかりつけ医（診察券の有無に ○をして下さい）	自宅のかかりつけ医
小児科医	おおくら医院（有・無）	
整形外科	名戸ヶ谷医院（有・無）	
歯科医	セイワ歯科クリニック（有・無） ハヤカワ小児歯科（有・無）	
耳鼻咽喉科	あらい耳鼻咽喉科（有・無）	
皮膚科医	小松崎医院（有・無） 増尾皮膚科（有・無）	
眼科医	緑の森眼科（有・無）	