

保育所等における休日保育申請書

令和 年 月 日

小山市長 殿

住 所 小山市

保護者名 _____ 印

保育所等における休日保育をお願いしたく、下記のとおり申請いたします。

記

在籍保育所(園) 又は 認定こども園名				
対象児童名	(フリガナ) (男 ・ 女) 平成・令和 年 月 日生 (歳)			
保 護 者 住 所		小山市 Tel ()		
緊急時の連絡先名称等		Tel ()		
主にお迎えに来る人		父 ・ 母 ・ その他 ()		
保育所等における休日 保育を利用したい期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ※当該年度内を利用できる期間 (最長でその年度の4月から翌年3月まで) とします。		
保護者氏名・続柄		続柄()		続柄()
就 労 状 況	勤務先名			
	所在地			
	電 話	()	()	
	勤務時間	午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで	午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで	
	1か月平均の 休日勤務日数	_____日		_____日
保育所等における休日保育 を必要とする具体的な理由				
指定保育所等名	休日保育の可否	申請者へ通知	指定保育所等へ通知	受付番号
保育所	可 ・ 否			

(注) 太線内は記入しないで下さい

裏面もご記入ください

[児童の健康に関する事項]

今までにかかった主な病気・予防接種の有無	
麻疹(はしか)	・かかった ・かかっていない 予防接種 した ・していない
水痘(みずぼうそう)	・かかった ・かかっていない 予防接種 した ・していない
おたふくかぜ	・かかった ・かかっていない 予防接種 した ・していない
風疹(三日ばしか)	・かかった ・かかっていない 予防接種 した ・していない
既往歴	・ない ・ある [病名]
処方薬	・ない ・ある [薬剤名]
アレルギー等	・ない ・ある [] <u>食物アレルギーがある場合は、下記についてお答え下さい</u> 食物アレルギー対応 している ・ していない アレルギー反応がでる食材について、詳細をご記入下さい。 []
その他特記事項	
現在かかっている病気(ある場合のみご記入下さい)	
医療機関	すでに受診済(年 月 日に) ・ 受診していない
病名	
薬の処方	・ない ・ある [薬剤名]

[緊急時の対応事項]

かかりつけの病院	内科	病院名	電話番号
	外科	病院名	電話番号
保険証	名称	記号	番号
血液型	[] 型		
平熱	[] ℃		

[その他心配な事、気になっている事等ありますか] ※具体的にご記入ください

[]