様式第１号

**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 | （ﾌﾘｶﾞﾅ)（　男 ・ 女　）平成・令和　　年　　月　　日生 (　　　　歳) |
| 保　護　者　住　所 |  小山市 　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　） |
|  |
| 緊急時の連絡先名称等 |  　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　） |
|  |
| 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　　〔　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　〕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　　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**