**中野区未就園児の定期的な預かり保育利用登録申請書**

中野区長　あて

令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | | | | | | | | | |
| 住所 | 中野区 |  | 丁目 | |  | | 番 |  | 号 |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 電話 | |  | | | |
| 氏名 |  | | |

未就園児の定期的な預かり保育の利用登録について、下記のとおり申請します。また、保育の実施に必要な限度において、本申請書に記載の情報を実施施設に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄 | 電話 |
| 氏名 |
| 緊急連絡先 | １ |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄 | 生年月日 | | | 年齢 | 勤務先・学校・園  （※） | 対象  児童 |
| 氏名 |
| 世帯状況 | １ |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |

（※）勤務先・学校・園の欄には、名称と電話番号をご記入ください。

（次ページにもご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望 | 施設名 |  | | | | | | | |
| 曜日 | 第１希望 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | ※週２回希望の場合は２つに✔ |
|  | | | | | | |
| 第２希望 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | ※週２回希望の場合は２つに✔ |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の健康状態及び発育状況 | ※お子さんのご様子について、該当項目のすべてにご記入ください。 | | | | | | | | | |
| １　出生時の状況 | | | | | | | | | |
| 出産週数（第 | |  | 週） | 出生時体重（ |  | | グラム） | | |
| ２　現在までに大きな病気、気になる病気にかかったことはありますか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | | ） |
| ３　現在、通院治療をしていますか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（病名： | |  | | | 病院名： | |  | ） |
| ４　ひきつけを起こしたことはありますか。ある場合、いつ頃ですか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | | ） |
| ５　食物アレルギーはありますか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | | ） |
| ６　発育、発達等に気になることはありますか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | | ） |
| ７　常用している薬はありますか。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | | ） |
| ８　その他配慮してほしいことはありますか。 | | | | | | | | | |
| ※保育園では与薬ができませんので、予めご理解ください。 | | | | | | | | | |
| 無 | 有（ |  | | | | | | |  |
| ） |