

第1号様式 (第5条関係)

短時間保育申請書

年 月 日

草加市長 山川百合子 あて

住 所 草加市

申請者 氏 名

電話 (自宅) ()

次のとおり短時間保育を受けたいので申請します。

幼 児 氏 名	フリガナ		性 別		年 齢	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		歳 月	
	生年月日		年 月 日生			
保 護 者 氏 名	父 親	緊急連絡先名称 及び電話番号		()		
	母 親	緊急連絡先名称 及び電話番号		()		
保護者以外の 緊急連絡先	氏 名		電 話 番 号		保護者との関係	
			()			
迎えに来る人	氏 名			乳幼児との続柄		
短時間保育 の希望日時	実施日 時 間	年 月 日	から	年 月 日	まで	
	午前・午後	時	分	午前・午後	時	分
短時間保育を希望する理由						
幼 児 について	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	心身障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	健診等で何か指摘されたことがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	食事	1日 回	好む物 ()	嫌う物 ()		
	体質的なもので該当するものがあれば☑印を付してください。					
	<input type="checkbox"/> ひきつけやすい		<input type="checkbox"/> ぜんそくが起きやすい	<input type="checkbox"/> アレルギー ()		
<input type="checkbox"/> 既往症 ()		<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (箇所)		()		
その他の注意事項 ()						
かかりつけの病院						
健康保険証の種類		<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 共済保険		
保 険 証 の 記 号			保 険 証 の 番 号			

※事務処理欄 (記入しないでください)

受 付 番 号	短時間保育 の可否	可 否	平成 年 月 日	決 裁	所 長	担 当	
	保育時間等	時間	円				