

井原市一時預かり事業利用券交付申請書

年 月 日

井原市長 殿

保護者 住 所

氏 名

連絡先 自宅 () -

携帯 () -

井原市一時預かり事業を利用したいので、井原市一時預かり事業実施要綱第6条第1項の規定により次のとおり利用券の交付を申請します。また、この申請書の内容を利用希望保育園へ通知することに同意します。

児 童 名	ふりがな		(男・女)	利用希望 保育園名 (複数登録可)	<input type="checkbox"/> 甲南保育園 <input type="checkbox"/> 芳井保育園 <input type="checkbox"/> 美星保育園(余裕活用型) <input type="checkbox"/> いばら保育園 <input type="checkbox"/> 出部保育園 <input type="checkbox"/> 高屋南保育園 <input type="checkbox"/> せいび保育園 <input type="checkbox"/> いずみ保育園 <input type="checkbox"/> せいび四季が丘保育園	
生年月日	年 月 日生 (歳)					
児 童 の 世 帯 員 及 び 家 庭 の 状 況	続柄	氏 名	生年月日	性別	勤務先名称	電話番号

※緊急連絡先にも繋がらないときに電話する場合があります。

井原市に児童の住民票が無いとき

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 (出産のため母又は父が市内に里帰り)	<input type="checkbox"/> 病気療養のため父又は母が市内に里帰り	<input type="checkbox"/> 父又は母が市内に勤務
井原市の居所 (里帰り先)	井原市 町 番地 様方		勤務先所在地 井原市 町 名称
基準日	出産予定日	療養期間	雇用期間の終期 無・有 (まで)
利用期間	最長で出産予定日前2ヵ月～後3ヵ月	療養期間と同じ期間	有期雇用のときはその終期まで
添付書類	<input type="checkbox"/> 出産予定日が確認できる母子手帳等の書類 (写) <input type="checkbox"/> 児童の健康保険証(写)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(療養期間の記載があるもの) <input type="checkbox"/> 児童の健康保険証(写)	<input type="checkbox"/> 就労証明書 (保育所入園申込用) <input type="checkbox"/> 児童の健康保険証(写)

登録番号 : N o .

一時預かり事業対象者状況票

児 童 名	ふりがな	(男・女)	利用希望 保育園名 (複数登録可)	<input type="checkbox"/> 甲南保育園
				<input type="checkbox"/> 芳井保育園
生年月日	年 月 日生 (歳)			<input type="checkbox"/> 美星保育園(余裕活用型)
				<input type="checkbox"/> いばら保育園
				<input type="checkbox"/> 出部保育園
				<input type="checkbox"/> 高屋南保育園
				<input type="checkbox"/> せいび保育園
				<input type="checkbox"/> いずみ保育園
				<input type="checkbox"/> せいび四季が丘保育園
保護者名		住 所		
緊急連絡先	(続柄:)			
ひきつけをおこしたことがある いいえ・はい	はいと答えた人は⇒どういう状態のときでしたか ()			
脱臼したことがありますか いいえ・はい	はいと答えた人は⇒どこが脱臼しましたか ()			
耳はよく聞こえますか	はい・いいえ			
目はよく見えますか	はい・いいえ			
心臓病又はその疑いがあるといわ れたことがありますか	はい・いいえ はいと答えた人は⇒病名は何ですか ()			
健康面で保育園に知っておいてほしいこと (今までにかかった病気・アレルギー等)				
かかりつけの 病院	内 科			
	外 科			
健康保険証の情報 (児童の住所が市内で、健康保険証の写を添付する際は記入を省略可)				
保険種別	協会 ・ 船員 ・ 共済 組合 ・ 国保 ・ 退職	記号	番号	
被保険者又は 世帯主氏名		事業所名称		
保険者番号		保険者名称		

※この票の内容は、利用希望保育園へ通知します。