

## 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所へ通知することに同意します。

対象者 氏名	ふりがな ----- (男・女)				利用希望 保育所名 (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"/> いづみ保育園 <input type="checkbox"/> せいび四季が丘保育園
生年月日	年 月 日生 ( 歳 )					
対象者が属する世帯員 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"/> 保護者が出産のため市内に里帰りする場合	<input type="checkbox"/> 保護者が病気療養のため市内に里帰りする場合	<input type="checkbox"/> 保護者が市内に勤務する場合
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か月～後3か月		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書類 (母子手帳の写し等) <input type="checkbox"/> 対象者の個人番号カード等の写し		<input type="checkbox"/> 療養が必要な期間が記載された医師の診断書 <input type="checkbox"/> 対象者の個人番号カード等の写し

登録番号：No.

## 井原市一時預かり事業対象者状況票

対象者氏名	ふりがな		利用希望 保育所名 (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"/> いづみ保育園 <input type="checkbox"/> せいび四季が丘保育園	
	(男・女)				
生年月日	年 月 日生 ( 歳 )				
保護者氏名	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				

※この票の内容は、利用希望保育所へ通知します。

(添付書類) 対象者にかかる医師の診断書（市長が特に必要と認める場合に限る。）