

年 月 日

### 緊急的・私的一時預かり申請書

藤 沢 市 長

年 月分  緊急的一時預かり  私的理由による一時預かり の実施を次のとおり申請します。

なお、市で保管する住民記録情報等、保育に必要な情報について市長が利用すること及び保育に必要な情報を実施施設に提供することに同意します。

1, 申請者		児童との続柄	2, 申請児童	
フリガナ			フリガナ	
氏 名		氏 名		男・女
(連絡先) ( - - )		(生年月日) ( 年 月 日 )		
3, 登録番号		4, 送迎者(申請者以外の場合)		
		フリガナ		児童との関係( )
		氏 名		連絡先
				- -

#### 緊急的一時預かり希望日

申請理由	<input type="checkbox"/> 入・通院等	<input type="checkbox"/> 看護等	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭	<input type="checkbox"/> 災害・事故等	<input type="checkbox"/> その他( )
------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

	日・曜日	時 間	4時間		日・曜日	時 間	4時間
1	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	8	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
2	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	9	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
3	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	#	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
4	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	#	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
5	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	#	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
6	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	#	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
7	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	#	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超

#### 私的理由による一時預かり希望日

	日・曜日	時 間	4時間		日・曜日	時 間	4時間
1	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	3	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超
2	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超	4	日 ( )	: ~ :	<input type="checkbox"/> 以下 <input type="checkbox"/> 超

処 理 欄	備 考		園 長	主 任

[ 裏面へ ]

申請児童の状況

健康状態 体質等	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 今までかかった病気・既往歴等( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )
-------------	--

入・通院の状況       家族等の看護等の状況

内 容	入・通院者又は看護者	入・通院機関名又は看護先名	入・通院又は看護期間(月日)
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 看護	住 所	名 称	
	氏 名	住 所	
申請者との続柄 ( )		連絡先      -      -	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 看護	住 所	名 称	
	氏 名	住 所	
申請者との続柄 ( )		連絡先      -      -	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 看護	住 所	名 称	
	氏 名	住 所	
申請者との続柄 ( )		連絡先      -      -	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 看護	住 所	名 称	
	氏 名	住 所	
申請者との続柄 ( )		連絡先      -      -	

その他(出産・学校行事・災害・冠婚葬祭等)

内 容	場 所	その他期間(月日)
	名 称	
	住 所	
	連絡先      -      -	
	名 称	
	住 所	
	連絡先      -      -	
	名 称	
	住 所	
	連絡先      -      -	
	名 称	
	住 所	
	連絡先      -      -	
	名 称	
	住 所	
	連絡先      -      -	

※登録申請時と登録内容に変更があった場合は速やかにお申し出ください。

施設記入欄

添付書類

<input type="checkbox"/> その他( )
---------------------------------