

令和8年度 新潟市休日保育事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

保護者氏名

休日保育を利用するにあたり、状況について次のとおり申請します。なお、利用に際しては、保育に必要な児童の情報について、在籍施設と休日保育実施施設間で相互に提供することを同意します。また、共同実施の施設を利用する場合、共同実施施設間で児童の情報を相互に提供することに同意します。

登録希望 期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの休日 ※最長で申請年度の末日まで	提出先 施設名	
------------	-------------------------------------	------------	--

休日保育を利用する児童	氏 名	生年月日 (クラス年齢)	性別	在籍施設	認定区分		離乳食	食物 アレルギー
	(フリガナ)	年 月 日 (歳児クラス)	男 女		2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無
	(フリガナ)	年 月 日 (歳児クラス)	男 女		2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無
	(フリガナ)	年 月 日 (歳児クラス)	男 女		2号認定 3号認定	保育標準時間 保育短時間	未完了 完了	有 無

住所	〒 () 電話 () () - ()
----	------------------------

必要とする理由	*保護者及び同居の親族(祖父母)が保育できない状況を具体的に記入してください

同居の家族 *祖父母についても もれなく記入してください	氏 名 (利用児童を除く)	続柄	年齢	勤務先 (電話番号)	日曜・祝日の勤務状況 例 毎週日曜・祝日 8:30~17:30勤務	休日 (定休日等) 例 毎週月曜
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		
	(フリガナ)			() -		

健康保険証		種 別	記号・番号
かかりつけの医院	内 科	医 院 名	電 話 番 号
	外 科	医 院 名	電 話 番 号
緊急連絡先 1		連 絡 先	電 話 番 号
緊急連絡先 2		連 絡 先	電 話 番 号

児童の保育に関する連絡事項	<p>*児童の健康状態など注意することがあれば記入してください（例：アレルギーなど配慮が必要なこと等）</p>
---------------	---

市 処 理 欄	休日保育の実施	可 ・ 否	却下理由	
	実 施 期 間	年 月 日～ 年 月 日までの休日		
	減 免 確 認	保育料認定 [階層] 対 象 ・ 対 象 外		
	起 案 日	決 裁 日	保護者宛発送日	休日保育実施施設宛 発 送 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

写真台帳

児童 1	児童 2	児童 3
顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)
氏名	氏名	氏名

保護者の写真 1	保護者の写真 2
顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)	顔が良く分かる写真 (カラー写真で お願いします。)
氏名 (続柄)	氏名 (続柄)

※ 保護者の写真は、通常迎えに来る保護者の写真を2人分貼付してください。