

一時預かり事業利用申請書（定期利用）

年 月 日

(あて先) (実施施設)設置者

アストロベースキャンプ保育園

(保護者)

住 所

フリガナ

氏 名

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

対 象 児 童	住 所						
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名				性 別	男 ・ 女	年 齢
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 週2日利用 <input type="checkbox"/> 週3日利用 (時 分 ~ 時 分) ・ 曜日 (月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 時間外保育						
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
世 帯 構 成	氏 名	続柄	年齢	勤務先・学校名等	電話番号		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()						
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
緊 急 連 絡 先	父	携帯	-	-	その他の方 (氏名)		
	母	携帯	-	-	- -		

1. 該当する□に✓印を付けて下さい。
2. 同市内の実施施設を2か所以上利用可能日数を超過して利用することはできません。
3. 生活保護受給世帯の方は証明する書類を添付してください。
4. 障害をお持ちの児童については障害者手帳等の写しを添付してください。

【実施施設記入欄】

利用区分 承 諾 保育料 定 期 利 用 月額 (円)
不承諾 時 間 外 保 育 月額 (円)

連絡先 施設名 アストロベースキャンプ保育園

電話番号 043-369-4800

一時預かり事業利用申請書（定期利用）

年 月 日

(あて先) (実施施設)設置者

アストロキャンプ稲毛東保育園

(保護者)

住 所

フリガナ

氏 名

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

対 象 児 童	住 所						
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名				性 別	男 ・ 女	年 齢
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 週2日利用 <input type="checkbox"/> 週3日利用 (時 分 ~ 時 分) ・ 曜日 (月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 時間外保育						
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
世 帯 構 成	氏 名	続柄	年齢	勤務先・学校名等		電話番号	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()						
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
緊 急 連 絡 先	父	携帯	-	-	その他の方 (氏名)		
	母	携帯	-	-	- -		

- 該当する□に✓印を付けて下さい。
- 同市内の実施施設を2か所以上利用可能日数を超過して利用することはできません。
- 生活保護受給世帯の方は証明する書類を添付してください。
- 障害をお持ちの児童については障害者手帳等の写しを添付してください。

【実施施設記入欄】

利用区分 承 諾 保育料 定 期 利 用 月額 (円)
不承諾 時 間 外 保 育 月額 (円)

連絡先 施設名 アストロキャンプ稲毛東保育園

電話番号 043-247-1510

一時預かり事業利用申請書（定期利用）

年 月 日

(あて先) (実施施設)設置者

アストロナーサリー小仲台

(保護者)

住 所

フリガナ

氏 名

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

対 象 児 童	住 所					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	年 齢	満 歳 (4月1日現在)
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 週2日利用 <input type="checkbox"/> 週3日利用 (時 分 ~ 時 分) ・ 曜日 (月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 時間外保育					
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日					
世 帯 構 成	氏 名	続柄	年齢	勤務先・学校名等	電話番号	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()					
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
緊 急 連 絡 先	父	携帯	-	-	その他の方 (氏名)	
	母	携帯	-	-	- -	

1. 該当する□に✓印を付けて下さい。
2. 同市内の実施施設を2か所以上利用可能日数を超過して利用することはできません。
3. 生活保護受給世帯の方は証明する書類を添付してください。
4. 障害をお持ちの児童については障害者手帳等の写しを添付してください。

【実施施設記入欄】

利用区分 承 諾 保育料 定 期 利 用 月額 (円)
不承諾 時 間 外 保 育 月額 (円)

連絡先 施設名 アストロナーサリー小仲台

電話番号 043-306-1510

一時預かり事業利用申請書（定期利用）

年 月 日

(あて先) (実施施設)設置者

アストロミニキャンプ小仲台

(保護者)

住 所

フリガナ

氏 名

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

対 象 児 童	住 所					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	年 齢	満 歳 (4月1日現在)
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 週2日利用 <input type="checkbox"/> 週3日利用 (時 分 ~ 時 分) ・ 曜日 (月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 時間外保育					
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日					
世 帯 構 成	氏 名	続柄	年齢	勤務先・学校名等	電話番号	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ()					
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
緊 急 連 絡 先	父	携帯	-	-	その他の方 (氏名)	
	母	携帯	-	-	- -	

1. 該当する□に✓印を付けて下さい。
2. 同市内の実施施設を2か所以上利用可能日数を超過して利用することはできません。
3. 生活保護受給世帯の方は証明する書類を添付してください。
4. 障害をお持ちの児童については障害者手帳等の写しを添付してください。

【実施施設記入欄】

利用区分 承 諾 保育料 定 期 利 用 月額 (円)
不承諾 時 間 外 保 育 月額 (円)

連絡先 施設名 アストロミニキャンプ小仲台

電話番号 043-306-4800