ＫＯＢＥはじめルーム（育休明け乳幼児の定期預かり事業）利用申込書

令和　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

ＫＯＢＥはじめルーム（育休明け乳幼児の定期預かり事業）の利用を申し込みます。また、本申込みにかかる内容及び利用状況等について、神戸市こども家庭局（関係課に限る）及び区こども家庭支援課（関係区に限る）に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○利用子どもに関する事項 | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ  子どもの氏名 | |  | | | |
| 男 ・ 女　　（生年月日）　　　年　　　　月　　　　日（　　歳　　カ月） | | | |
| 支給認定(有効)期間  保育必要量 | | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日  （　保育標準時間　・　保育短時間　） | | | |
| 利用開始希望日 | | 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| 利用希望曜日・時間 | | 月：　AM ・ PM　　 　時　　 　分　　～　　AM ・ PM　　 　時　　 　分  火：　AM ・ PM　　 　時　　 　分　　～　　AM ・ PM　　 　時　　 　分  水：　AM ・ PM　　 　時　　 　分　　～　　AM ・ PM　　 　時　　 　分  木：　AM ・ PM　　 　時　　 　分　　～　　AM ・ PM　　 　時　　 　分  金：　AM ・ PM　　 　時　　 　分　　～　　AM ・ PM　　 　時　　 　分 | | | |
|  | | |  | |  |
| ○保護者（申込者）に関する事項 | | | | | |
|  | 父 | | | 母 | |
|  |  | | |  | |
| 住所 | 区 | | |  | |
| 連絡先 | －　　　　　　　－ | | | －　　　　　　　－ | |
| 勤務先  (所在地) | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 勤務時間 | 月：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  火：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  水：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  木：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  金：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  その他： | | | 月：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  火：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  水：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  木：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  金：AM・PM　　時　　分～ AM・PM　　時　　分  その他： | |
| 送迎・通勤時間 | 自宅－施設　：　　　　時間　　　　　分  施設－勤務先：　　　　時間　　　　　分  合　計：　　　　　　　時間　　　　　分 | | | 自宅－施設　：　　　　時間　　　　　分  施設－勤務先：　　　　時間　　　　　分  合　計：　　　　　　　時間　　　　　分 | |
| 育休期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| その他特記事項 |  | | |  | |

申込者（保護者）名

（保護者から申込先施設に希望があった場合には、本事業を実施する他施設に情報提供を行うことができます。）

○本申込書と併せて、健康診査票をご提出ください。なお、利用用件に該当しなくなった場合には、利用を取り消します。