



(本人との続柄)		申請者 ( )	配偶者 ( )
外勤・内勤・自営業・内定・就学	勤務(就学)先名		
	職種又は業務(学習)内容		
	勤務(就学)先所在地		
	通勤(通学)所要時間	時間 分	時間 分
	勤務(就学)先電話番号		
		内線 ( )	内線 ( )
	勤務(授業)日	月・火・水・木・金・土/月 時間 不規則勤務 ( )	月・火・水・木・金・土/月 時間 不規則勤務 ( )
休日			
疾病・障害	病名・障害名		
	手帳の有無	有 ( 級・度 ) ・ 無	有 ( 級・度 ) ・ 無
	病院・施設名		
介護・看護	介護・看護を受ける人	(続柄 )	(続柄 )
	病名・障害名		
	手帳の有無	有 ( 級・度 ) ・ 無	有 ( 級・度 ) ・ 無
	病院・施設名		

- 下記事項に同意の上、港区みなと保育サポート事業の利用を申し込みます。
- (1) 勤務状況を確認するため、区職員又は委託事業者が、勤務先等に内容を照会すること。
  - (2) 見学等により、保育内容等を確認・納得した上で申込みをすること。
  - (3) 申込みの記載内容が事実と異なる場合は、申込みを取り消す場合があること。
  - (4) 面談の結果によっては、医師の診断書が必要となる場合があること。

署名

<面接者記入欄>	
(施設名)	(面接者)

【区使用欄】

受付番号	受理年月日	受付施設		担当課		選考結果	備考欄
		担当者	施設長	係長	課長		
						承認・不承認・待機	

## 記入例

## 港区みなと保育サポート事業定期利用申請書

令和4年1月4日

(宛先) 港区長

〒 107-0062  
申請者 住 所 港区南青山5-7-11  
氏 名 港 太郎  
電 話 03-5962-7201

港区みなと保育サポート事業実施要綱第8条の規定により、港区みなと保育サポート事業定期利用の承認を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

児 童	ふりがな	みなと はなこ		性別	男 ・ 女
	氏 名	港 花子			
児童の生年月日	令和元年 8月 6日			年齢 (4月1日 時点)	2歳
教育・保育給付 認定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	他施設利用の 有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有の場合 は施設名	
緊急連絡先	ふりがな	みなと はな		ふりがな	みなと じろう
	氏 名	港 華 続柄 ( 母 )		氏 名	港 二郎 続柄 ( 祖父 )
	電話番号	03-5962-7211		電話番号	03-5962-7213
家族の状況 (家族全員につ いて記入)	ふりがな	氏 名		続 柄	備 考
		港 太郎		父	
		港 華		母	
		港 三郎		兄	
		港 花子		子	
利用の必要性	申請者の事由			配偶者の事由	
	<input checked="" type="radio"/> ①就労 ②疾病 ③障害 ④介護・看護 ⑤求職 ⑥就学 ⑦災害 ⑧その他( )			<input checked="" type="radio"/> ①就労 ②疾病 ③障害 ④介護・看護 ⑤求職 ⑥就学 ⑦災害 ⑧その他( )	
利用を希望する 施設	みなと保育サポート 白金		利用を希望する期間 ※年度ごと、月単位 での申請です。	令和4年 2月から 令和4年 3月まで	
利用を希望する 日時 ※受入開始時間は 7:15から30分ごと です。 ※1日の利用は8時 間まで	月曜日	10時 00分から	17時 00分	火曜日	時 分から 時 分
	水曜日	時 分から	時 分	木曜日	時 分から 時 分
	金曜日	10時 00分から	17時 00分	土曜日	時 分から 時 分

# 記入例

(本人との続柄)		申請者 ( 父 )	配偶者 ( 母 )
外勤・内勤・自営業・内定・就学	勤務(就学)先名	株式会社A	〇〇スーパー
	職種又は業務(学習)内容	〇〇	〇〇
	勤務(就学)先所在地	港区〇〇～	渋谷区〇〇～
	通勤(通学)所要時間	1時間 00分	1時間 00分
	勤務(就学)先電話番号	03-5962-7215	03-5962-7205
		内線 ( )	内線 ( )
	勤務(授業)日	月・火・水・木・金・土/月160時間 不規則勤務 ( )	月・火・水・木・金・土/月40時間 不規則勤務 ( )
休日	土曜、日曜	火曜、水曜、木曜、土曜、日曜	
疾病・障害	病名・障害名		
	手帳の有無	有 ( 級・度 ) ・ 無	有 ( 級・度 ) ・ 無
	病院・施設名		
介護・看護	介護・看護を受ける人	(続柄 )	(続柄 )
	病名・障害名		
	手帳の有無	有 ( 級・度 ) ・ 無	有 ( 級・度 ) ・ 無
	病院・施設名		

- 下記事項に同意の上、港区みなと保育サポート事業の利用を申し込みます。
- (1) 勤務状況を確認するため、区職員又は委託事業者が、勤務先等に内容を照会すること。
  - (2) 見学等により、保育内容等を確認・納得した上で申込みをすること。
  - (3) 申込みの記載内容が事実と異なる場合は、申込みを取り消す場合があること。
  - (4) 面談の結果によっては、医師の診断書が必要となる場合があること。

署名 港 太郎

<面接者記入欄>

**【必須事項】** 利用可能日時  
例) 月曜・金曜 10時～17時で利用可

(施設名) みなと保育サポート白金 (面接者) 〇〇

-----  
【区使用欄】

受付番号	受理年月日	受付施設		担当課		選考結果	備考欄
		担当者	施設長	係長	課長		
	1/4	○	○	○	○	承認・不承認・待機	