

# “ちゃいんどスペースキャビン” 利用許可申請書

令和 年 月 日

株式会社 アイバックス早池峰  
 ちゃいんどスペースキャビン 宛て

フリガナ  
 保護者氏名  
 電話番号（自宅）  
 電話番号（携帯）

印

ちゃいんどスペースキャビンを利用したいので、次の通り申請します。

利用申請に係る児童のお名前	フリガナ	生年月日	性別	小学校名・学年 (令和3年4月時点での記入)	加職員の 必要性※1	
	氏名					
	1		年 月 日	男・女	学校 年	有・無
	2		年 月 日	男・女	学校 年	有・無
	3		年 月 日	男・女	学校 年	有・無
	4		年 月 日	男・女	学校 年	有・無
5		年 月 日	男・女	学校 年	有・無	

住所	〒						
定期利用会員	月	火	水	木	金	土	世帯の就労状況により、保護者等が児童の保育に当たることができない曜日の欄に〇を付けてください。
スポット会員	スポット利用の希望者はスポットの欄に〇を付けて下さい。						

保護者・同居家族構成	氏名 ※2	生年月日	続柄	申込理由 ※3	職業等
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
	同居家族について特記事項 がある場合はその内容				

- ※1 集団生活において、介助又は特別な配慮が必要な場合は、「有」を選択してください。
- ※2 利用申請に係る児童を除く保護者及び児童と同居している（同一敷地内を含む。）家族全員を記入してください。  
 記入しきれない場合は、特記事項の欄に記入してください。
- ※3 申込理由の欄に該当する番号を記入してください。
- 居宅以外の場所で労働しているため。
  - 居宅において、利用申請に係る児童と離れて家事以外の労働をしているため。
  - 出産予定日の6週間前の日が属する月の初日から出産日の8週間後の日が属する月の末日までの間にあるため。
  - 病気又は精神若しくは身体に障害があるため。
  - 長期にわたり病人、心身障害者等の介護をしているため。
  - 居宅以外の場所で就学している（職業訓練校等における職業訓練を含む。）ため。
  - 未成年又は65歳以上のため。
  - その他（ ）