

大磯町病後児保育事業利用申込書

年 月 日

（宛先）大磯町長

申込者 住所 _____

氏名 _____

病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。
利用期間中は、実施施設の指示に従います。

			登録番号		
フリガナ	性別	生年月日	年	月	日
児童氏名	男・女		(歳	か)
緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ)	①氏名 (続柄:)				
	電話番号 - - □携帯電話 □勤務先 □自宅				
	②氏名 (続柄:)				
	電話番号 - - □携帯電話 □勤務先 □自宅				
利用事由 (保護者の状況)	□ 就労 □ 出産 □ 病気等 □ 介護 □ その他 ()				
利用期間 ・時間	年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
	時 分 ~ 時 分				
お迎えに来る人	□ 父 □ 母 □ その他 ()				
給食	依頼する ・ 依頼しない ※食物アレルギー（除去食品）がある場合は、お弁当等を持参してください。				
食物アレルギー (除去食品)	なし ・ あり ()				
与薬	依頼する ・ 依頼しない ※依頼する場合の注意事項 ・お預かりできる薬は、処方薬に限ります。市販薬はお預かりできません。 ・解熱剤はお預かりできません。 ・依頼する薬の情報が記載された書類を添付してください。 ・薬は1回分に小分けしてください。				
その他	伝えておきたいことがありましたらご記入ください。				

(以下は該当の場合のみ記入してください。)

減免	次の理由により、証明書類を添えて利用料の減免を申請します。	
	<input type="checkbox"/>	生活保護世帯 (証明書類: 生活保護受給証明書)
	<input type="checkbox"/>	前年度市町村民税非課税世帯 (証明書類: 市町村民税非課税証明書)
※ 減免の対象となるのは利用料です。給食代等の実費は、利用に応じて別途お支払ください。		