

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	か月)
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	— —	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
	②氏名 (続柄:)			
	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
利用事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気等 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 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。		