様式第４号

　　　　　年　　　月　　　日

病児・病後児保育事業利用申請書

和 束 町 長　　　様

申請者(保護者)氏名

　　　　　　 住所

 電話

和束町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　児　童 | フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 | 生年月日(年　齢) | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 就学等の状　　況 | ( )保育園、( )幼稚園、その他( ) |
| 利用を希望する理　　　　　由 | 父 | □就労　　□傷病　　□冠婚葬祭　　□その他( 　　　　　　 ) |
| 母 | □就労　　□傷病　　□冠婚葬祭　　□その他(　　　　　　　　　　) |
| 利用を希望する日及び時間 | 　　　年　　　月　　　日( 曜日)　　　時　　　分から　　　時　　　分まで　　　年　　　月　　　日( 曜日)　　　時　　　分から　　　時　　　分まで |
| 緊急連絡先 | □申請者と同一　　　　　□その他(氏名：　　　　　　　　児童との関係：　　　　　　　　　) |
| 勤務先等 |  |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 緊急連絡先から実施施設までの所要時間 | □徒歩　　　□自転車　　　□車　□その他( 　　　　 ) | 　　　　　時間　　　分 |
| お迎えに来られる方 | □申請者と同一　　　　□緊急連絡先(その他)と同一□その他( 氏名: 児童との関係：　　　　　) |
| ※添付書類 | □病児・病後児保育診療情報提供書(医師連絡票)□その他( ) |
| ※備考 |  |

(注) １．病児・病後児保育事業利用登録証を提示してください。

２. 利用料は直接実施施設へお支払いください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※実施施設記入欄 | 午前利用料 | 午後利用料 | 合　　計 | ※備考 |
| 円 | 円 | 円 |