

二宮町病後児保育事業利用申込書

年　月　日

(宛先) 二宮町長

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		年	月	日
児童氏名		男・女	生年月日	(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	—	—	□携帯電話	□勤務先	□自宅
利用事由 (保護者の状況)	②氏 名	(続柄 :)				
	電話番号	—	—	□携帯電話	□勤務先	□自宅
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。