

様式第2号（第5条、第9条関係）

秋川流域病児・病後児保育室利用申請書兼費用減額・免除申請書

				年 月 日	
日の出町長 殿					
申請者（保護者） 住 所 氏 名 電話番号					
次のとおり秋川流域病児・病後児保育室の利用について申請します。 なお、あきる野市が利用申請書の内容に関する調査及び確認をすること並びに利用申請書の内容及び保育室の利用状況があきる野市、利用児童の住所地の区市町村（協定締結区市町村に限る。）及び保育室の業務を行う事業者において共有されることに同意します。					
児 童	ふりがな	-----		性 別	男・女
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	登録番号		
利 用 日	年 月 日（曜日）から 年 月 日（曜日）まで				
利 用 時 間	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで				
緊急連絡先1	氏 名		児童との関係		
	名称（勤務先等）		電話番号		
緊急連絡先2	氏 名		児童との関係		
	名称（勤務先等）		電話番号		
保育を行うことが困難な理由	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
児 童 の 症 状	月 日頃症状が始まってから現在までの経過				
児 童 の 状 況	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	品目、症状等		
	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	熱 性 け い れ ん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	投薬方法				
	食事に関する留意点				
	そ の 他	体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること			
※ 費 用	円				
費用の減免	有・無	あきる野市病児・病後児保育室の設置及び管理に関する条例施行規則第9条第2項の規定により、費用の【減額・免除】を申請します。			
減額・免除を受けようとする理由					
減免の内訳	※費用		※減額・免除する金額		※差引費用
	円		円		円
添 付 書 類	1 医師連絡票				
	2 その他市長が必要と認める書類				

(注)

- 1 該当する□にレ印を付けてください。
- 2 ※印欄は、記入しないでください。