我孫子市子ども短期入所事業利用申請書

平成　　 年　　月　　日

　　我孫子市長あて

申請者（保護者）　住　所

氏　名

電　話

　我孫子市子ども短期入所事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | ふりがな |  | |  | |  | |
| 氏　名 |  | |  | |  | |
| 生年月日・年齢 | 年　　月　　日　歳 | | 年　　月　　日　歳 | | 年　　月　　日　歳 | |
| 続柄　・　性別 |  | 男・女 |  | 男・女 |  | 男・女 |
| 通学（園）先名 |  | |  | |  | |
| 児童の状況 | 健康状態  （既往歴、健康状態、アレルギー、熱性けいれん・てんかん発作） |  | |  | |  | |
| 生活状況  （就寝・起床時刻、昼寝、排せつ、食事） |  | |  | |  | |
| 集団生活（園、学校等）の様子 |  | |  | |  | |
| その他  （保護者からの要望等） |  | |  | |  | |

利用したい理由、利用希望期間等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用の内容 | １　宿泊　　　２　日帰り　　　３　夜間 | |
| 理　由 | 疾病　・　疲労　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 期　間 | 平成　　 年　　　月　　　日　　　時　から　平成　　 年　　　月　　　日　　　時まで | |
| 送迎者 | 送り：氏名　　　　　　電話 | 迎え：氏名　　　　　　電話 |
| 緊急連絡先 | 第１：氏名　　　　　　電話 | 第２：氏名　　　　　　電話 |
| 利用者負担金算定のため課税状況について貴職が確認することに同意し、署名します。  　我孫子市長あて　　　　　　　　　　　　　　　　署名　氏名 | | |