

様式第1号(第9条関係)

御殿場市病児・病後児保育事業利用申請書

年　月　日

御殿場市長　　様

申請者　住　所

(保護者)

氏　名

電話番号

1 次のとおり、病児・病後児保育事業を利用したいので、御殿場市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により申請します。

2 当該事業の利用期間中は、実施保育所の指示に従います。

(フリガナ) 児童氏名	男・女 (　年　月　日生)
実施保育所名	
利用を希望する理由 (保護者の状況)	1 就労　　2 その他()
かかりつけの医療 機関(主治医)	医療機関名 : 主治医氏名 : 電話番号 : () —
緊急連絡先 (確実に連絡が とれるところ)	氏名 : 児童との続柄 : 電話番号 : () — 勤務先名 :
	氏名 : 児童との続柄 : 電話番号 : () — 勤務先名 :
利用希望期間 及び時間	年　月　日 () から　年　月　日 () まで () 日間
	午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで
世帯の状態(該当する□にレを付す。)	<input type="checkbox"/> 生活保護法に規定する被保護世帯 <input type="checkbox"/> 御殿場市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用に 係る費用等に関する条例施行規則別表の備考第2項に該当する 世帯 <input type="checkbox"/> 多様な保育推進事業費補助金交付要綱で定めるひとり親世帯

※世帯の状態欄の□にレを付した場合、対象世帯に該当するかを審査するため、世帯員の課税状況等を確認します。対象世帯であると認められた場合は、当事業の利用者負担は無料となります。