

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。