

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 |
| | 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 _____