

子どもショートステイ利用申請書

(あて先)小金井市長

申請者 住所 _____
(ふりがな)
 氏名 _____
 電話 _____

下記のとおり、子どもショートステイの利用を申請します。この利用の決定に当たり、市が課税台帳等の公簿により確認を行うことに同意します。また、この申請書の記載情報が、受託事業者提供されることを承諾します。

記

児 童	<small>(ふりがな)</small> 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所				
	幼稚園、保育園 又は学校名称	(電話 - -)	学年等		
			<small>(ふりがな)</small> 担任名		
児童の健康状態 及び注意事項	(持病、常用薬、食物及び薬アレルギー、食事の量、偏食、その他注意事項) オムツの使用(有・無) 夜尿(有・無) 平熱の温度(°C)				
保護者	・申請者と同じ	・申請者と異なる場合			
		住 所			
	<small>(ふりがな)</small> 氏 名	電 話	-	-	
申請理由					
利用希望期間	月 日 () 午前・午後 時から	月 日 () 午前・午後	時まで () 泊		
緊急連絡先	勤務先等(名称:)		電 話	-	-
送迎関係	施設へ送る方		施設へ迎えに来る方		
	<small>(ふりがな)</small> 氏 名	()歳 続柄()	<small>(ふりがな)</small> 氏 名	()歳 続柄()	
	電 話	- -	電 話	- -	
備 考					