

病後児保育「すずらん」利用申込書

記入日 年 月 日

申込者 氏

住所

氏名

電話番号

ふりがな	男	生年月日	平成 年 月 日
児童氏名	女		令和 (歳 ヶ月)
利用予定	年 月 日 時 分 ~ 時 分	お迎えの方	
所属名	保育園・幼稚園・子ども園・小学校(年生)		
病後児保育連絡票の病名			
理由	<input type="checkbox"/> 仕事の為 <input type="checkbox"/> その他		
緊急連絡先	①保護者名	続柄	電話番号 ・勤務先名
	②保護者名	続柄	電話番号 ・勤務先名
	③保護者名	続柄	電話番号 ・勤務先名
利用料金 5時間以内	<input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 1,000円	<input type="checkbox"/> 非課税世帯600円 <input type="checkbox"/> " 300円	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯0円 書類提出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

同意書

お子様の病状が悪化した場合は、お迎えをお願いすることがあります。

減免対象の方で、書類の確認が出来ない場合、普通料金を頂きます。

ただし、利用日から1か月以内に書類を提出していただくと差額を返金します。

以上同意します。

申込者氏名

印