

様式第5号(第11条関係)

羽曳野市病後児保育事業利用書

年 月 日

羽曳野市長 様

保護者住所

氏名

印

〒

()

次のとおり意見書を添えて提出します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
児 童 名					(才 ヶ月)
保護者勤務先	住所： 名称：	〒： ()			
緊急連絡先	①	②			
児童の在園・在学 保育園・学校名	保育園(幼稚園) 小学校	才児クラス 年生			
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) ※日・祝日を除く				
児童を預けにこられる方の氏名	住所： 氏名：	続柄：	預けにこられる予定時刻	時 分頃	
児童を迎えにこられる方の氏名	住所： 氏名：	続柄：	お迎えの予定時刻	時 分頃	
ウイルス性疾患既往歴(かかったことのある病気に○をつけてください。)	健康保健証	記号	番号		
・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふく風邪) ・風疹(三日はしか) ・麻疹(はしか) ・その他()	いずれかに✓印してください。 ○ 市町村民税課税世帯 ○ 市町村民税非課税世帯 ○ 生活保護法による非保護者世帯				