様式第２号（第５条、第９条関係）

秋川流域病児・病後児保育室利用申請書兼費用減額・免除申請書

年　　月　　日

殿

申請者（保護者）　住　　所
氏　　名
電話番号

次のとおり秋川流域病児・病後児保育室の利用について申請します。
なお、あきる野市が利用申請書の内容に関する調査及び確認をすること並びに利用申請書の内容及び保育室の利用状況があきる野市、利用児童の住所地の区市町村（協定締結区市町村に限る。）及び保育室の業務を行う事業者において共有されることに同意します。

児童	ふりがな			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	年　月　日	登録番号		
利用日		年　月　日（　曜日）から 年　月　日（　曜日）まで			
利用時間		午前・午後　時　分から 午前・午後　時　分まで			
緊急連絡先１	氏名		児童との関係		
	名称（勤務先等）		電話番号		
緊急連絡先２	氏名		児童との関係		
	名称（勤務先等）		電話番号		
保育を行うことが困難な理由	□勤務　□傷病　□事故　□出産　□冠婚葬祭 □その他（　　）				
児童の症状	月　日頃症状が始まってから現在までの経過				
児童の状況	アレルギー	□無　□有	品目、症状等		
	ぜん息	□無　□有	熱性けいれん	□無　□有	
	投薬方法				
	食事に関する留意点				
	その他	体質、癖、障害等心配なこと又は配慮を要すること			
※費用		円			
費用の減免	有・無	あきる野市病児・病後児保育室の設置及び管理に関する条例施行規則第９条第２項の規定により、費用の【減額・免除】を申請します。			
減額・免除を受けようとする理由					
減免の内訳	※費用	※減額・免除する金額	※差引費用		
	円	円	円		
添付書類	１　医師連絡票 ２　その他市長が必要と認める書類				

（注）
１　該当する□にレ印を付けてください。
２　※印欄は、記入しないでください。