

ビーンズ保育園病児保育室 利用申請書

〈宛先〉ビーンズ保育園 病児保育室

病児保育室を利用したいので、下記の通り申請します。利用にあたっては、病児保育室の指示に従うことに同意します。お薬手帳の通り、保護者に代わり与薬をお願いします。園には与薬の責任を問いません。なお、利用料算定に必要があるときは、保護者の所得及び課税状況について秋田市に照会することを承諾します。

【保護者記入欄】

ふりがな			H	年	月	日
児童氏名	男 女	生年月日	R	(歳	ヶ月)
保護者氏名						印
住所	〒 —					
緊急連絡先	①TEL:	()		母・父・	()	
	②TEL:	()		母・父・	()	
利用理由	仕事・その他()					
お迎え時間	降園:	時	分頃	お迎え予定者	母・父・	()
利用料 (1日当たり)	<input type="checkbox"/> 無料	生活保護法による被保護世帯 ひとり親世帯かつ市町村民税非課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 1,000円	市町村民税非課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 2,000円	市民税課税世帯(一般世帯)				
	<input type="checkbox"/> 1,000円	提携する幼稚園・保育園				
	<input type="checkbox"/> 0円	ビーンズ保育園利用者 / (株)いわま薬局従業員				
受診代行料	<input type="checkbox"/> 1,000円	市民税課税世帯(一般世帯) 提携する幼稚園・保育園				
	<input type="checkbox"/> 0円	ビーンズ保育園利用者 / (株)いわま薬局従業員				

※注意事項

- お子様の症状や病名によっては、他のお子さまへの感染防止のため、利用をお断りすることがありますのでご了承ください。
- 状況によってはご希望通りにご利用いただけない場合がありますのでご了承ください。