

## ビーンズ保育園病児保育室 利用申込書

<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、利用料算定に必要なときは、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】

利用日	令和      年      月      日      (      )		
ふりがな			生年 月日
児童氏名	男 女	H・R    年    月    日 (      歳      ヶ月)	
ふりがな			お迎え時間 時      分頃
保護者氏名	印	お迎え 予定者	母・父・(      )
緊急連絡先	①TEL:      (      )		母・父・(      )
	②TEL:      (      )		母・父・(      )
利用料 (1日当たり)  ※□に✓を 入れてくだ さい	<input type="checkbox"/> 無料		
	<input type="checkbox"/> 1,000円	市町村非税課税世帯	
	<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 ※提携園はお問い合わせください	
	<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

- お子さま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。
- 連続利用の方でも、利用申込書(様式3)は毎日提出していただきます。