第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

トワイライトステイ・子どもショートステイ利用申請書子育て支援センター利用申込書

　　　品川区長　あて

申込者　氏　名

住　所

電　話

　　次のとおり、利用したいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | １　子どもショートステイ（　　泊　　日間）  ２　トワイライトステイ　（　　　　　日間） | | | | | | | | | | | | | | | | 期間 | | 年　　月　　日（　 ）　 時から  　　年　　月　　日（　 ）　 時まで | | |
| 申込 理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用 児童 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | 年　　月　　日生  　　　　　　　（　　　歳） | | | | | | | | 学校・保育園・幼稚園の名称  （　　　　　　　　） |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 年　　月　　日生  　　　　　　　（　　　歳） | | | | | | | | 学校・保育園・幼稚園の名称  （　　　　　　　　） |
| 児童の健康状態・注意事項 | （持病・常備薬・食物や薬のアレルギー・その他注意を要する事項） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者・家族欄 | 氏　名 | | | | | | 続柄 | | | 年齢 | | | | 職業 | | | | 勤務先（名称・所在地・電話等） | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | 名称　　　　　　　　 所在地　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険 | 保険の種類 | | | 国保・社保・組合・共済 | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | |  | |
| 保険者名称 | | |  | | | | | | | | | | | | 記号・番号 | | | |  | |
| 保険者番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  | | |  | 備　考 | | | |  | |
| 減額免除の申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |