

輪之内町教育委員会
教育長 様

	保護者	住所 (具体的に)	〒503—02 輪之内町	氏名	ふりがな	印
		電話番号				
		緊急連絡先				
		電話番号				
		携帯電話番号				

輪之内町留守家庭児童教室への入室を、次のとおり申請します。

なお、負担金の算定にあたり、世帯員の税務資料の閲覧について承諾します。

児童名	ふりがな		平成 年 月 日生(満 歳)		男・女	小学校 年生		
	氏名	児童との続柄	年齢 (満歳)	勤務先の名称 勤務先の所在地	勤務先の 電話番号	勤務 終了時間	お迎 え時 間	休業日
児童と同一世帯の者						:	:	
						:	:	
						:	:	
						:	:	
						:	:	
						:	:	

入室の理由		かかりつけの病院 (医院)	小児科	
			その他	
		保険証書	記号番号	
			保険者番号	

血液型	A・B・AB・O	既往歴	はしか・水疱・風疹・その他()	平熱	度 分程度
-----	----------	-----	------------------	----	-------

児童の様子(既往症・アレルギー疾患・公道上の習慣など支援員に知っておいてもらいたいこと。

入室希望 月 日から希望 確定申告の写し 提出予定・提出なし

自宅から留守家庭児童教室までの見取り図

