様式第１号（第８条関係）

御船町こども居場所支援事業利用申込書

年　　月　　日

御船町長　　　　　　様

申請者　　住　所

氏　名

電　話

御船町こども居場所支援事業実施要綱第８条の規定により、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　月　日（　）歳 |
| 住　所 |  | 所　属 |  |
| 食物アレルギー  有　・　無 | 【原因食物】 | | |
| 持病  有　・　無 | 【病名】 | 服用薬  有　・　無 | 【服用時間】  食前　・　食後 |
| かかりつけ医  有　・　無 | 【医療機関名】  電話番号 | | |
| 心身の状態 | ※利用児童の身体や性格について記入してください。 | | 身体障害者手帳　有　・　無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　療育手帳　　　　有　・　無 |
| 来所方法 | □徒歩  □送迎（主な送迎者①　　　　　　②　　　　　　③　　　　　 ） | | |

【保護者緊急連絡先】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先 | 氏　名 | 続　柄 | 勤務先 | 携帯番号 |
| ① |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |

【以下、御船町記入欄】

※要件確認：□御船町に住所を有する児童／□要件該当

※添付書類：□同意書／□その他