

始良市病児・病後児保育事業利用申請書（医療機関以外用）

年 月 日

実施施設長 様

申請者住所
 （保護者）氏名
 電話（自宅）
 （勤務先）

次のとおり病児病後児保育事業を利用したいので申し込みます。

児 童 氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	続 柄
	年 月 日	満 歳 月		
利 用 希 望 期 間	年 月 日～ 年 月 日（ ）日間			
保 育 所 等 の 名 称	保育所（園） 幼稚園 児童クラブ			
家 庭 で 育 児 でき ない 理 由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他（ ）			
世 帯 状 況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯 ※ 1の世帯については、確認できる書類を添付してください。			

※ この申請書に病児・病後児保育事業医師連絡票を添付してください。