

病後児保育利用申込書

(宛先) 見 附 市 長

年 月 日

病後児保育室を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 乳幼児・児童の氏名	生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)		
通園・通学校名	保育園・幼稚園・こども園 (歳児) 小学校 (年生)		
保 護 者 連 絡 先	住 所		
	保護者氏名 携帯電話 その他緊急連絡先 TEL ー		
利用する理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
保育を希望する 期間・時間	期 間	年 月 日から	年 月 日まで
	時 間	時 分から	時 分まで
迎えに来られる方	氏名 (続柄)		
受診医療機関名			
病 名		隔離の必要	あり ・ なし
摘 要 (特に伝えておきたいことなどあればご記入ください)			

- ※ この利用申込書は、病後児保育症状連絡票と一緒に病後児保育室へ提出してください。
- ※ 子育て応援カード、児童扶養手当証書又はひとり親家庭等医療費受給者証をお持ちの方は利用申込時に提示してください。

(以下は記入の必要はありません)

決裁日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子育て応援カード <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給者証	利用あり・利用なし		
審査意見	承諾 ・ 不承諾 【不承諾理由】				
決裁欄	上記申し込みについて審査意見のとおりに決定してほしいでしょうか。	課長	課長補佐	係長	担当