病児・病後児保育事業利用申請書（医療機関以外用）

令和　　年　　月　　日

実施施設長　殿

（申請者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（電話番号）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		性別		続柄	
生年月日	H・R　年　月　日　歳　ヶ月				
利用希望期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　（　）日間				
保育所等の名称	保育所（園）　幼稚園　児童クラブ 小学校				
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。