

始良市病児・病後児保育事業利用申込書（医療機関以外用）

年 月 日

実施施設長 様

保護者 住所
氏名
児童との続柄
電話

始良市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

児童氏名	生年月日	年齢	性別
ふりがな	年 月 日	歳 か月	男・女
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日（ ）日間		
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（※確認できる書類を添付してください） 2 その他の世帯		

※この申込書に「病児・病後児保育事業医師連絡票」を添付してください。

実施施設記載欄

利用の可否	利用可 ・ 利用不可
-------	------------