

砥部町病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

実施施設長 様

申請者氏名

(対象児童との続柄：)

対象児童	フリガナ氏名		性別	男・女	生年月日(年齢)	年 月 日生 (歳 か月)
	就学等の状況					
	アレルギー体質の有無	無 ・ 有 (詳細)				
利用を希望する理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用を希望する日	年 月 日()から 年 月 日()まで 日間					
利用を希望する時間	時 分から 時 分まで					
保護者	フリガナ氏名		勤務先	電話番号		
			携帯電話			
	住所					
かかりつけの病院等の名称	電話番号					

実施施設記入欄	<input type="checkbox"/> 病児 <input type="checkbox"/> 病後児 砥部町病児・病後児保育事業の利用を					
	1 許可する					
	2 許可しない(理由)					
施設名 施設長名						