

城里町長 様

保護者 住所  
氏名

病後児保育事業利用申請書

下記の児童の病後児保育事業利用について、下記のとおり申請します。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳 か月)	
	住 所				
	保育が必要な理由				
	利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※医師が認める期間内で最長5日間利用することができます。			
	利用時間	入室： 時 分頃、退室： 時 分頃			
	連絡先	① 氏名： 続柄： 電話番号： - - ② 氏名： 続柄： 電話番号： - -			
	その他				
医師記入欄	病後児保育の利用（○印）	可 ・ 不可			
	利用を認める期間	年 月 日 ~ 年 月 日（最長5日間）			
	病名・病状等				
	処方の有無（○印）	有 ・ 無			
	特記事項				
	医療機関名	年 月 日			
	医師名				
	医療機関電話番号				

※利用日の調整につきましては、施設へお問い合わせください。