

様式第2号

病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

日立市長 様

保護者住所  
保護者氏名  
児童との続柄 ( )  
電話番号

病後児保育を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

児 童	(ふりがな) 氏 名		性 別	生 年 月 日
			男・女	年 月 日 (満 歳)
	住 所 電話番号	( )		
利用日時	年 月	金 額	保護者確認	
	日 ( ) : ~ :	円		
	日 ( ) : ~ :	円		
	日 ( ) : ~ :	円		
	日 ( ) : ~ :	円		
	日 ( ) : ~ :	円		
		計	円	
申請理由	1 勤務の都合 2 その他 ( )			
今回の病気でかかった病院	病院名 電話 ( )			
児童の健康状態	症状等			
緊急連絡先	父親 母親	自宅・勤務先 電話 ( )		
食事制限等	食物アレルギー等の有無 ない・ある (牛乳・卵・その他 )			