

様式第2号(第6条関係)

病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

上毛町長 様

保護者名 _____
(自署又は記名押印)
自宅TEL _____

上毛町病児・病後児保育事業実施要綱に基づき、病児・病後児保育の実施について、次のとおり依頼します。なお、症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

利 用 者	住 所	上毛町大字		
	児 童 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 月)		
	保育所等名称			
	保 護 者 氏 名 連 絡 先	父： 勤務先 電話	母： 勤務先 電話	
利 用 の 理 由		(1) 勤務の都合 (2) 傷病 (3) 事故 (4) 出産 (5) 冠婚葬祭 (6) その他()		
病児・病後児保 育 の 依 頼 期 間		年 月 日 () 午前・午後 時から 年 月 日 () 午前・午後 時まで () 日間		
備 考				