

## 病児病後児保育室利用申請書

平成 年 月 日

病児病後児保育室 設置者 様

申込者（保護者名）

印

次のとおり、病児病後児保育室を利用したいので、申し込みます。  
なお、利用期間中は保育室の施設長の指示に従います。また、児童の状態が変化して、病児病後児保育室での対応が困難になり、保育室の施設長が利用を不相当と認めるときは、病児病後児保育室の利用の中止に同意します。

登録児童氏名		男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	( 歳 力月)
住所		

緊急連絡先 連絡の付きやすい順番に記入してください。

	氏名	続柄	連絡先名	電話番号
第1連絡者			①	
			②	
第2連絡者			③	
			④	
第3連絡者			⑤	
			⑥	

※お迎えの時に、身分証明書を忘れずにお持ち下さい。

健康保険証	社保・国保・( ) 記号 番号	
医療証	負担者番号	受給者番号

利用事由	1 勤務の都合	2 その他
------	---------	-------

病児病後児保育室の利用に係る利用料の減免を申請します。

減免申請事由（該当する項目に○をつけてください。）	
1 生活保護受給世帯	3 同一の日に2人以上の対象者が利用する世帯
2 直近年度分住民税非課税世帯	4 その他 ( )