（様式第３号）

美里町病後児保育事業利用申請書

年　　月　　日

病後児保育事業　実施施設長　様

申 請 者　〒
住　　所
氏　　名　　㊞
電話番号（　　－　　－　　）

下記のとおり、病後児保育事業の利用を申請します。

ふりがな 児童氏名	男 女	保育園等又は小学校名	
生 年 月 日	年　　月　　日	年　　齢	歳　　か月
保護者	氏名：　　緊急連絡先：　　－　　－ 就労先等：　　（電話番号　　－　　－　　）		
保育が困難な事由	＜当てはまるものに☑チェックしてください。＞ □就労　□就学　□冠婚葬祭　□妊娠・出産　□疾病・障害 □その他（　　）		
利用希望期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ・ 病状改善まで		
利用料	＜当てはまるものの番号を○で囲んでください。＞ １．事業実施保育所在園児　１，０００円／日 ２．町内在住の児童　２，０００円／日 ３．町外在住の児童　３，０００円／日		
疾　患　名			
要望欄	体質（薬物アレルギー等）、偏食、くせ等心配や配慮して欲しいことがあれば、具体的にお書き下さい。		
※施設記入欄	利用終了日　　年　　月　　日		