

第3号様式（第8条関係）

病後児保育事業利用申請書（医療機関以外用）

年 月 日

覚照こども園  
園長 平島佳子 様

干  
申 請 者 住 所  
(保護者) 氏 名  
電 話 (自 宅)  
(勤務先) 印

次のとおり病後児保育事業を利用したいので申し込みます。

児 童 氏 名	生 年 月 日	年 齡	性 別	続 柄
	年 月 日	満 歳 月		
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 ( )日間			
通所施設の種類	保育所(園) ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 児童クラブ			
通所施設の名称				
家庭で育児できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他 ( )			
世帯状況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯 ※ 1の世帯については、確認できる書類を添付してください。			

※ この申請書に病後児保育事業医師連絡票を添付してください。