

様式第 2 号

病児保育利用申請書

多可町病児保育事業の利用を次のとおり申請します。

また、町が実施施設から利用状況（利用年月日及び病名）の報告を受けることに同意します。

年 月 日

(実施施設)

おひさまにこにこクリニック 様

申請者（保護者） 住所

氏名

⑩

ふりがな		性別	生年月日
乳幼児氏名		男・女	平成 年 月 日 ( 歳 ヲ月)
保護者氏名	続柄【 】	緊急 連絡先	自宅・勤務先・携帯 電 話：
勤務先 (所在地)			
通園施設名	保育所（園）・幼稚園・こども園		
利用理由	1. 勤務 2. 冠婚葬祭 3. 出産 4. 病気 5. その他（ ）		
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
利用時間	時 分から 時 分まで		
※記入不要	利用時間	利用料（町内）	利用料（町外）
	2 時間未満	500円	750円
	2 時間以上 4 時間未満	1,000円	1,500円
	4 時間以上 6 時間未満	1,500円	2,250円
	6 時間以上	2,000円	3,000円