

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

㊞

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 ○利用料：2,000円 1,000円 町外 3,000円 1,500円			