

日吉津村病児・病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

日吉津村長 様

申請者 住所

氏名

TEL

次のとおり、病児・病後児保育事業を利用したいので、申請します。

|                  |                    |      |     |     |     |
|------------------|--------------------|------|-----|-----|-----|
| 児童氏名             | 令和・平成 年 月 日生（ 歳）   |      |     |     |     |
| 病児・病後児保育を希望する期間  | 令和 年 月 日 ~令和 年 月 日 |      |     |     |     |
| 病児・病後児保育を必要とする理由 |                    |      |     |     |     |
| 世帯の状況            | 氏 名                | 生年月日 | 続 柄 | 職 業 | 備 考 |
|                  |                    |      |     |     |     |
|                  |                    |      |     |     |     |
|                  |                    |      |     |     |     |
|                  |                    |      |     |     |     |
|                  |                    |      |     |     |     |
| 生活保護等の状況         | 適用なし ・ 適用あり        |      |     |     |     |
| 減免の状況            | 適用なし ・ 適用あり        |      |     |     |     |
| 緊急時の連絡先          | TEL                |      |     |     |     |