

伯耆町病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

伯耆町長 様

申請者 住 所 伯耆町

氏 名

(電話 ー)

次のとおり病児・病後児保育を利用したいので、申請します。

(フリガナ) 児 童 氏 名				年 月 日生 (才)		性 別 男・女	
保 育 を 希 望 す る 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日 まで					
児 童 が 在 籍 す る 保 育 所 名 等		保 育 所 幼 稚 園		児 童 が 在 籍 す る 小 学 校 名		小 学 校 年 生	
保 育 を 必 要 と す る 理 由							
世帯の状況	氏 名		児童との続柄	生年月日	勤務先（職業）	備 考	
生活保護の適用の有無				有 ・ 無			
緊 急 の 連 絡 先			電話番号				