

篠山市病児保育事業利用申込書

篠山市教育委員会 様

申込者 (保護者)	住所	
	氏名	⑩
	連絡先	

病児保育事業を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

なお、事業利用にかかる負担額算定に必要な資料を閲覧することに同意します。

対象児童	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日
			年齢	歳 か月
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病 名				
利用希望日	月 日	月 日	月 日	
	月 日	月 日	月 日	
緊急連絡先	①	氏名	児童との続柄	
		連絡先	TEL (自宅・携帯電話・勤務先)	
	②	氏名	児童との続柄	
		連絡先	TEL (自宅・携帯電話・勤務先)	
お迎えに来る方について	氏名 () 続柄 () お迎えの予定時刻 (時 分ごろ) ※変更になる場合は必ずご連絡下さい。			
生活保護の受給	無 ・ 有			
保育上、注意が必要なことがあれば記入して下さい。				