

様式第4号（第9条関係）

八幡浜市病児・病後児保育事業 利用申請書

八幡浜市長 様

年 月 日

保護者住所
氏 名

八幡浜市病児・病後児保育事業を利用したいので申し込みます。

登録番号				
児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
緊急連絡先	第1	TEL		続柄
	第2	TEL		続柄
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 ()			
利用希望時間	時 分 ～ 時 分			
お迎えに来られる方			お迎えの時間	時 分
家庭で保育できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他 ()			
備 考				

この申請書に医師連絡票（別紙1）と病状連絡票兼与薬依頼書（別紙2）を添付してください。

※病児保育施設確認欄

○消耗品実費 (円) ・送迎タクシー代 (円) ※上限2,000円

○利用日数： 日 (年 月 日～ 年 月 日)