

松野町病児・病後児保育施設 利用許可申請書

年 月 日

松野町長 様

申請者（保護者） 住所

氏名

松野町病児・病後児保育施設の利用をしたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所			在籍施設名	
緊急連絡先	氏 名	続 柄	電 話 番 号	
	①			
	②			
利用申込期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
利用希望時間	AM/PM 時 分 ~		AM/PM 時 分	
児童の状況	①病名（ ②主な症状 発熱（ °C）下痢 嘔吐 鼻水 咳 発疹 湿疹 その他（ ③服薬の有無 無 ・ 有（薬品名 ④その他（			
かかりつけの 医療機関名	（電話番号			
家庭で保育が できない理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. その他（			
お迎えに 来られる方				
連絡先				

※健康保険証、乳幼児医療受給者証等を添えて申請してください。

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月 日

課長	課長補佐	係長	担当