

様式第1号（第4条関係）

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 中 田 達 彦 様

申請者 住所
氏名 印
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	平成・令和 年 月 日生（ 才）				
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				
緊急時の連絡先	TEL				