

※登録番号

様式第6号（第6条関係）

## 庄原市病児病後児保育利用申請書

(利用初日、施設へ提出)

年 月 日

庄 原 市 長 様

申請者

住所 庄原市 町

ふ り が な  
保護者氏名

緊急時連絡先

病児病後児保育の利用について、次のとおり申請します。

児童氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)	在籍施設名	
利用期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )		
主な症状 配慮事項	発熱 下痢 嘔吐 咳 発疹 その他 ( )		
家庭で育児が できない理由	1. 勤務 2. 病気等 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ( )		

主な送迎者	送り (朝)	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	入室予定時間
		氏名	時 分
	迎え (夕)	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	退室予定時間
		氏名	時 分