

病後児保育Tプラス 利用申請書

(利用日毎に提出してください)

記入日 令和 年 月 日

病後児保育Tプラス施設長 様

申請者氏名

(対象児童との続柄:)

住 所

電 話

必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。

丹波市と情報共有する事に同意した上で、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

利用施設名	病後児保育 Tプラス		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
利用児童氏名		勤務先	
フリガナ		(必ず連絡がつく所)	TEL
保護者氏名			
病 名			
家庭で保育できない理由	就労・冠婚葬祭・出産・病気・その他()		
利用予定期間	令和 年 月 日() ~ 月 日() 日間		
児童の健康状態及び注意事項			
○食事について(食事制限の有無)			
○お薬について(処方薬に限る)			
<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない			
○その他(体質、くせ、 <u>利用予定期間</u> において配慮してほしいこと)			
利用料の減免について		※別途、利用料減免申出書及び関係書類の提出が必要です。	
私は次の世帯に該当するため、利用料の減免を希望します。			
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	
※以下、実施施設記入欄			
病後児保育事業の利用を 1 許可する 2 許可しない			
※不許可の場合は理由を記入してください。			
	施設名	病後児保育 Tプラス	
	施設長名	植野さやか	印
利用実績日	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	料金額の合計	円
	11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.		
	21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31	計 日利用	利用料の徴収状況 未納 ・ 完納済