

(あて先) 塩尻市長

申請者 (保護者) 氏名

塩尻市病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録 (変更) 申請します。

なお、塩尻市病後児保育事業実施要綱第9条に規定する費用については、塩尻市からの請求により速やかに支払います。 **※太枠のみ記入してください。**

住所	〒		
フリガナ			
児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
緊急連絡先 (優先順)	氏名	続柄	電話番号
	①		
	②		
利用期間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで		
利用時間	時 分から 時 分まで (24時間表記)		
看護できない理由	該当する番号を○で囲んでください。 1 勤務 2 傷病 3 冠婚葬祭 4 その他 ()		
診断結果等	病名 _____ 医療機関名 _____ 最終診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師からの通園許可 <u>有</u> ・ <u>無</u>		
在籍状況等 (一時預かり等を除く。)	1 塩尻市内就園児 (施設の名称) 保育登録時間 (保育短時間 ・ 標準時間) 延長保育 (: ~ :) 2 塩尻市内小学生 (学校名) 3 塩尻市外在住 (在籍施設の名称) 4 未就園		

利用期日	利用実績時間	費用 (保護者負担額)			保護者 確認
		利用料	給食費	合計	
1日目 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分利用)	円	円	円	
2日目 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分利用)	円	円	円	
3日目 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分利用)	円	円	円	
4日目 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分利用)	円	円	円	
5日目 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分利用)	円	円	円	
合計費用 (保護者負担額)				円	

※「家庭用連絡票兼保育日誌」を添付してください。