様式第4号（第8条関係）

長洲町病児及び病後児保育事業利用申請書

　　年　　月　　日

長洲町長　　　　　様

住所

申請者名　　　　　　　　　印

電話番号

緊急連絡先

下記のとおり長洲町病児及び病後児保育事業の利用を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用施設名 | （登録番号　　　　　　　　） |
| 児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 病名 |  |
| 現在かかつている病院名 | ℡ |
| 利用期間 | 年　　月　　日　　　時　　分　　～　　時　　分 |
| 就園先 | 保育所（園）・幼稚園・小学校・自宅 |
| 今回利用を希望する具体的理由 |  |

（注）利用期間が短くなる時・電話による連絡が必要です。

　　　利用期間が長くなる時・電話による連絡と利用申請書の再提出が必要です。