

嘉手納町病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

嘉手納町長 殿

住 所  
保護者 氏 名  
電 話

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。

利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
児童氏名		生年月日	年 月 日( 歳)
現在の 在園施設名	電話		
利用児童の病名及び経過 (1) 病気の種類(病名)  (2) 発病年月日 年 月 日  (3) 症状及び経過			
児童を看護できない理由(該当する番号に○をして下さい)  1. 就労          2. 傷病          3. 出産          4. 冠婚葬祭  5. その他 ( )			

備考 事業の利用料は、児童1人当たり1日1,500円(食費を含む。)です。