

伊予市 病児・病後児保育事業 利用申請書

伊予市長 様

年 月 日

保護者 住所
氏名

伊予市 病児・病後児保育事業の利用を申請します。

登録番号			
申請児童名	性別	生年月日	
	男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
緊急連絡先	第1	TEL	続柄
	第2	TEL	続柄
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用希望時間	時 分 ~ 時 分		
お迎えに来られる方			

<input type="checkbox"/> 利用料: 1500円 ・ 750円 ・ 無料	<input type="checkbox"/> 利用理由: 就労・冠婚葬祭
食事代 500円 ・ (円)	その他()
<input type="checkbox"/> 利用料の確認: 公簿・源泉徴収票	<input type="checkbox"/> 利用開始年月日: 年 月 日

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月 日

			担当