

保育支援事業申請書 (病児・病後児保育)
(月分)

〇〇 年 月 日

ダイバーシティ推進室長 様

申請者

所 属 _____

氏 名 _____

T E L _____

支援対象者資格要件

A. 配偶者等が 居る 居ない(□内にレ印を付けてください)

配偶者等の氏名	
配偶者等の勤務先	
社会保険	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない

B. 配偶者等が病気療養等のため育児に専念することが困難である。

(該当する場合は□内にレ印を付けてください)

(困難である理由を記入してください)

下記のとおり、保育支援実施を申請します。

保育施設名			
保育施設住所			
病児・病後児 保育日・時間	〔記入例〕 〇月〇日 9:00~16:00、〇月〇日 9:00~16:00		
病児保育を 必要とした理由			
保育に係る子の状況	氏 名	年 齢	利用料合計 通常保育の利用料は含まない
			円
			円
利用料の補足説明	〔記入例〕 2,000 円/日×2 日=4,000 円		

【自由記述欄】

保育支援へのご意見・ご要望があればご記入ください。 今後の参考とさせていただきます。
--