保育支援事業申請書（病児・病後児保育）

（　　月分）

○○　　年　　月　　日

経営企画部長　様

申請者

所　属

氏　名

TEL

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 | □加入している　□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 |
|  |  | 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。