

## 様式第3号の1

## 市川市病後児対応型事業利用申請書

年 月 日

市川市長

住 所

(ふりがな)

氏 名

電 話 ( )

次のとおり市川市病後児保育事業を利用したいので申請します。

(ふりがな) 乳幼児氏名	男 女	生年月日	年 月 日 歳 か月
保 護 者	父・氏名	( 歳)	お子さんの愛称 (続柄 )
	母・氏名	( 歳)	
緊 急 連 絡	父	電 話 ( )	勤務先等名称
	母	電 話 ( )	勤務先等名称
	その他	電 話 ( )	勤務先等名称
現在の保育 状況	1 保育園等 2 家庭・その他 ( )	保育園 電話 ( ) 電話 ( )	
かかりつけ医院等	電話		
現在の健康状態	現在の症状		
平常の健康状態	1 良 2 発育上心配なこと ( )		
利用を希望する理由	1 労働 2 職業訓練 3 就業 4 疾病 5 出産 6 事故 7 看護及び介護 8 冠婚葬祭 9 私的 10 その他		
利用を希望する日	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで		
利用を希望する時間	午前・午後 時から 午前・午後 時まで		
その他(体質やくせ等)			