

年 月 日

## 保 育 所 等 休 所 届

稲城市長 殿

保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (自筆署名)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり休所したいので届けます。

児童名	(ふりがな) 氏 名	生年月日	在園施設名	クラス
	( )	・		歳
	( )	・		歳
休所期間	年 月 日から 年 月 日までの		1か月 ・ 2か月	
休所理由	児童の身体的な理由により通所できないため 〔 1 病気 2 ケガ 3 入院 〕 (疾病名: ) <u>※休所期間を証明できる「医師の診断書」等を添付してください。</u>			

※「病気・ケガ・入院」による休所の場合のみ、保育料減免の対象となります。なお、休所期間は2か月を限度とし、それ以上となる場合は退所となります。

※保育料減免の適用を受ける場合は、「保育所等休所届」と「利用者負担額減免申請書」との両方をご提出ください。

年 月 日

利用者負担額減免申請書

稲城市長 殿

保護者 住 所

氏 名

電話番号

利用者負担額の減免を受けたいので、稲城市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用者負担額に関する条例施行規則第8条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

児童名		利用施設名		徴収月額	円
申請理由					