

年 月 日

保 育 所 等 休 所 届

稻城市長 殿

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (署名又は記名押印)

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。