

保育所等休所届

稲城市長 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) 児童氏名	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ヶ月・2ヶ月	
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 : _____) ※休所期間を証明できる「医師の診断書」を添付してください。			

※「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ヶ月を限度とし、それ以上となる場合は退所となります。