保育支援プログラム利用報告書

平成27年　　月　　日

男女共同参画推進室長　様

　　下記の通り、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　　　月報告 | 所属　　　　職位　　　　　氏名 |

**１．今月の利用はありましたか？**

（　　）あり　→２．へ　　　（　　）なし　→３．へ

* **利用された方**

**２．お子様のご利用状況をお書きください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用日時 | 保育種類  （病児・  夜間・  休日） | 利用  時間数 | 保育を必要とした理由  （例）学会  出席等 | 症状・病名  （病児保育のみ記入） | 利用機関名 | 利用料  金額 | 補助金額（空欄） |

**お子様の氏名　　　　　　　　　　　　　年齢**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**お子様の氏名　　　　　　　　　　　　　年齢**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**＊利用料の証ひょう書類を添付ください。**

* **利用なさらなかった方**

**３．ご利用なさらなかった理由をお知らせください。**

（　　）期間中、必要が生じなかった。

（　　）代わりにお子さんを看病してくれる方がいた。

（　　）ご自身あるいは配偶者が仕事を休んだ。

（　　）その他　　（内容をご記入ください）

**＊下記、利用した場合に記入**

上記を利用したことを証明します。

所属　　　　　　　　　　職位　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印