

**副食費**

児童との続柄  
( )

申出者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
(フリガナ) ( ) H/R . . .

児童氏名 \_\_\_\_\_

利用施設名 \_\_\_\_\_

**新型コロナウイルス感染症欠席状況申出書兼証明書**

以下の事由により保育施設を欠席したため申し出ます。

記

欠席期間	R . . . ~ R . . .	欠席日数	日	月分	
<b>申出者記入欄</b>	<input type="checkbox"/> <b>濃厚接触による欠席</b>	患者氏名①	児童との続柄 ( )		
		最終接触日	令和 年 月 日		
		患者氏名②	児童との続柄 ( )		
		最終接触日	令和 年 月 日		
		患者氏名③	児童との続柄 ( )		
		最終接触日	令和 年 月 日		
	【記入上の注意】	自宅待機期間 (保健所指示)	(児童本人が保健所から登園を見合わせるよう指示された期間) ※上記患者の発症日(不明の場合は検査日)から記載してください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
※児童本人が濃厚接触者に特定された際の感染患者の氏名、児童との続柄、最終接触日を記入してください。患者が3人以上の場合は、裏面に患者氏名と最終接触日を記入してください。 ※濃厚接触者には保健所からの書類の交付が無いため、添付書類はありません。					
<input type="checkbox"/> <b>感染による欠席</b>	発症日	令和 年 月 日			
	自宅待機期間 (保健所指示)	(児童本人が保健所から登園を見合わせるよう指示された期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
【記入上の注意】 ※保健所から交付された「新型コロナウイルス感染症に係る療養期間について」を添付してください。手元がない場合は添付不要です。 ※無症状の場合等発症日がわからない場合は、検査日を記入してください。					

<b>保育施設証明欄</b>	欠席日は	⇒	<input type="checkbox"/> 上記の自宅待機期間のとおりで、欠席日数は 日です <input type="checkbox"/> 上記自宅待機期間のうち、以下の日付は出席しています (保育施設出席日(早退した日を含む)を数字で記入)		
	副食費として	月分	円、	月分	円を徴収しました
	<input type="checkbox"/> 月は1日も喫食がありませんでした				
	対象児童は	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定    の児童です			
	保育施設名	_____			
園長名	_____			印	_____