

病児・病後児保育利用申請書

(1)申請者(保護者)氏名 申請日 平成 年 月 日	住所			続柄：父・母・その他 ()
	連絡先 (電話番号)	携帯： 勤務先： 自宅：	同居の有無：有・無 勤務先等名称	
(2)緊急連絡先 (必ず連絡のとれる方)	・申請者と同じ	・その他(氏名：	児童との関係：	同居の有無：有・無)
		勤務先等	電話番号	
(3)お迎えに 来られる方	・申請者と同じ	・その他(氏名：	児童との関係：	同居の有無：有・無)
		勤務先等	電話番号	
利用内容 ※印は記入しないで ください	利用希望日・時間	平成 年 月 日 ()	時 分～	時 分
	※決定日	※平成 年 月 日		
	※利用料	※	円	※ 利用可 ・ 利用不可

■家庭の状況

区分	氏名	続柄・年齢	性別	生年月日	通所先・勤務先・連絡先等
利用児童	フリガナ	本人 満 歳・か月	男・女	平成 ・	保育所・幼稚園・小学校 その他 ()
(1)(2)(3)以外の 同居の親族			男・女	昭和・平成 ・	
			男・女	昭和・平成 ・	
			男・女	昭和・平成 ・	
			男・女	昭和・平成 ・	

■申請者(保護者)の利用理由：就労・疾病・冠婚葬祭・その他 ()

■児童の病状

・かかりつけの医院又は今回診察を受けた医院

医院名 () 受診日：平成 年 月 日

・診断内容 []

・主な症状 []

■その他(アレルギー等、特に注意することがあれば、具体的に記入してください)

■生活保護受給状況： 有 ・ 無

■このたび、病児・病後児保育事業の利用申込をした児童の世帯情報及び利用料決定のための課税情報について調査されることを承諾します。

なお、症状が変化したときはすみやかに迎えに行くこと、事態が緊急を要する場合は、併設の医療機関にて対応していただくこと及び要した費用についても必ず支払うことに同意します。