

様式第 4 号（第 1 2 条関係）

病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

(宛先)

住所

保護者 氏名

電話

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで(日間)		
電話番号		携帯電話	
迎えに来る人	児童との関係 ()	迎えの時間	時 分
診療を受けた医療機関名			
	電話番号		
健康保険	保険者番号 名称 記号 番号	生活保護 の受給	あり ・ なし
病気・症状 の経過	病名等 () 服薬 あり ・ なし いつから通院してますか(年 月 日から)		
家庭で保育が 困難な理由	☐ 就労の都合 ☐ 傷病 ☐ 事故 ☐ 出産 ☐ 介護 ☐ 看護 ☐ 災害 ☐ その他()		
添付書類	☐ 病児・病後児保育事業利用児童状況書(診療情報提供書)		
同意事項 (重要)	児童の容体が急変した場合は、保護者に連絡をせずに医療機関での受診・治療を行うことがあること。また、その医療費等は保護者の負担とすること。 以上のことについて同意します。 保護者 氏名		