

様式第4号（第12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 | 名称 記号 | 番号 | 保険者番号 |
| 病気の経過 | 病名 () 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 | <input type="checkbox"/> 就労の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育事業利用児童状況書(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書の写し(該当する人のみ) | | |
| 同意事項 (重要) | <p>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。</p> <p>以上のことについて同意します。 保護者 氏名</p> | | |