

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 いつから通院していますか( 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(医療機関の発行) <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <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 印</p>		