

様式第4号（第10条関係）

病児・病後児保育 利用申込書

年 月 日

桶川市長

保護者 住所

氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児童名			生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所			電話番号	
利 用 期 間	年 月 日から		年 月 日	(日間)
在籍している 保育所(園). 幼稚園. 小学校等			電話番号	
父		勤務先		電話番号
母		勤務先		電話番号
迎えに来る人			迎えの時間	時 分
診察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)			
家庭で保育の 困難な理由	<input type="checkbox"/> 就労の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <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"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
添 付 書 類 (レ印)	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育 利用連絡書 (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 (該当する世帯のみ)			
同 意 事 項 (重要)	<p>児童の様態が悪化した場合は、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療を行うこと。ただし、緊急時には保護者に連絡をせずこれを行うことがあること。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。</p> <p style="text-align: right;">保護者 氏名 ㊟</p>			