

病後児保育利用申込書

年 月 日

伊奈町長

様

保護者 住 所

氏 名

印

病後児保育を利用したいので、次のとおり申込みます。

|                     |   |         |                  |
|---------------------|---|---------|------------------|
| ふりがな<br>児童名         | (男・女)   | 生年月日    | ( 年 月 日<br>歳 ヶ月) |
| 住 所                 |   | 電話番号    | ( )              |
| 利用期間                | 年 月 日から   | 年 月 日まで | ( 日間)            |
| 在籍している<br>保育所・幼稚園など |   | 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<br>機関の名称   |   | 電話番号    | ( )              |
| 健康保険                | 名称<br>記号 番号   | 保険者番号   |                  |
| 病気の経過               | 病名<br>服薬 あり ・ なし<br>通院 年 月 日から  |         |                  |
| 家庭で保育が<br>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<br><input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |                  |
| 添付書類                | <input type="checkbox"/> 病後児保育児童状況書（医療機関の発行）<br><input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給者証<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書（該当者のみ）  |         |                  |
| 同意事項                | <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なること。</p> <p>以上のことについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">保護者名 印</p>  |         |                  |