

様式第2号（第8条関係）

病児及び病後児保育事業利用申込書

年 月 日

三芳町長 宛て

住所
保護者 氏名 (印)
電話番号

病児及び病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(フリガナ) 児童氏名	(男 女)	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)		
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) 通院開始日 (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"/> 病児及び病後児保育児童状況書 (医療機関が発行) <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 生活保護受給証の写し <input type="checkbox"/> こども医療費受給資格証の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
同意事項 (重要)	<p>児童の容体が急変したときなど必要がある場合には、保護者に連絡をせずに、実施施設の長の判断で医療機関での受診・治療を行うことがあります。また、そのときの医療費等は、保護者の負担とします。</p> <p>以上のことに同意します。 保護者氏名 (印)</p>		