様式第５号(第８条関係)

病後児保育利用申請書

年　　月　　日

　毛呂山町長　あて

住　　　所

保護者氏名

電　　　話

　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(　　日間) | | | | | |
| 利用時間 | 午前 | 時　　分から | | 午前 | | 時　　分まで |
| 午後 | 午後 | |
| 迎えに来る人 |  | | 保育中の連絡先 | |  | |
| 児童との関係（　　） | | 迎えの時間 | | 時　　　分 | |
| かかりつけ医療機関 | | 名　　称 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 診療を受けた医療機関 | | 名　　称 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 病気の経過 | 病　　　名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  与　　　薬　　あり　・　なし  通院の時期　( 　年　 月　 日から 　年　 月　 日まで) | | | | | |
| 家庭保育が  困難な理由 | □就労の都合　□傷病　□事故　□出産　□介護　□看護  □災害　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 添付書類 | □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) | ・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。その際、受診等に伴う医療費等は保護者の負担とすること。  ・急遽、看護師が不在となる場合は、お迎えをお願いする場合があること。  以上のことについて同意します。  保護者氏名 | | | | | |