

久御山町病児・病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者 住所 久御山町
 氏名
 電話 (自宅)
 (携帯)

児童氏名		男・女	保育所名 幼稚園名	
生年月日	平成	年	月	日生 歳
主な症状				
かかりつけの医院 または今回受診された医院				
受診日	平成	年	月	日
診断内容				
利用希望期間	平成	年	月	日 ~ 平成 年 月 日
利用希望保育時間			時 分 ~	時 分
利用申請理由	就労 ・ 疾病 ・ その他 ()			
緊急連絡先	児童との続柄	氏名		連絡先
お迎えに来られる方				

この度、病児・病後児保育事業の利用申請を行った児童の世帯情報及び利用料決定のための生活保護受給状況について調査されることを承諾します。なお、症状が変化したときは速やかに迎えに行くこと、事態が緊急を要する場合は、併設の医療機関にて受診していただくこと及びその受診費用について負担することに同意します。

保護者

印