

## 精華町病児・病後児保育事業利用申込書

申込日：平成 年 月 日

実施施設の長 様

申込者氏名(保護者氏名)

住所：精華町

氏名：

印

電話番号： ( )

精華町病児・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。

なお、本事業の利用中において、万一児童の体調が悪化し、緊急を要する場合には、医療処置や救急搬送等を行うことを承諾します。

登録番号							
対象児童	フリガナ			性別	男・女	生年月日 (年齢)	平成 年 月 日生 ( 歳 か月)
	氏名						
	就学等の状況	( ) 保育所 ・ 小学校(放課後児童クラブ) その他( )					
利用を希望する理由	父	就労、傷病、冠婚葬祭、その他( )					
	母	就労、傷病、冠婚葬祭、出産、その他( )					
利用を希望する日及び時間	年 月 日(曜日)	時 分から	時 分まで	年 月 日(曜日)	時 分から	時 分まで	
	年 月 日(曜日)	時 分から	時 分まで	年 月 日(曜日)	時 分から	時 分まで	
緊急連絡先	(1)申込者と同一 (2)その他(氏名： 児童との関係： )						
	勤務先等						
	電話番号		携帯電話				
緊急連絡先から当保育室までの所要時間				車	自転車	徒歩	
				_____時間 _____分			
お迎えに来られる方	(1)申込者と同一			(2)緊急連絡先と同一			
	(3)その他(氏名： 児童との関係： )						
添付書類	精華町病児・病後児保育診療情報提供書(医師連絡票) 児童の健康保険証の写し その他必要と認められるもの						
備考							

注) 精華町病児・病後児保育事業利用登録証を提示してください。

利用料は、直接実施施設へお支払いください。

保育室 記入欄	通常 利用料等	時間外 利用料	合計 利用料等	備考
	円	円	円	