様式第４号（第３条関係）

病後児保育利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）津幡町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）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） |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 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 |  |
| 病気の経過 | 病名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　服薬　　　　　あり　・　なし |
| 添付書類 | □津幡町病後児保育利用連絡票□健康保険証の写し |
| 同意事項（重要） | 　児童の容体が急変した場合は、保護者に連絡せずに医療機関での受診・治療を行うことがあります。また、その医療費等は保護者の負担となります。　以上のことについて同意します。　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |