

白杵市病児保育事業利用(変更)申請書

白杵市長 殿

年 月 日

- 1 病児・病後児保育事業の利用期間中は、(事業実施者)の指示に従います。
- 2 (事業実施者)の医師が必要と認めるときは、申込時及び病児・病後児保育期間中に(事業実施者)の診療(通常の診療)を受けることを承諾します。
- 3 児童の状態が変化して本事業での対応が困難になったとき、又は(事業実施者)が利用を不相当と認めるときは、本事業の利用の中止に同意します。
- 4 お薬手帳のとおり、保護者に代わり保育者が与薬することを承諾します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署又は記名押印)

(保護者記入欄)

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先		
	携帯電話 ( )			TEL ( )		
	携帯電話 ( )			TEL ( )		
	利用事由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭等 6.その他( )				
	利用期間	当初	年	月	日	～ 年 月 日
		追加	年	月	日	～ 年 月 日
利用料 軽減の 有 無	生活保護世帯に該当 する ・ しない		※該当する場合は、生活保護受給者証 又は診療依頼証を提示してください。			
	市民税非課税世帯に該当 する ・ しない		※該当する場合は、世帯員全員に係る直近の 年度分の課税証明書を提出してください。			
対 象 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			( 歳 か月)		
				年 月 日		
	住所(〒 - ) 大分県					
	(通所施設等の区分)			(通所施設等の名称)		
	1. 認可保育施設等(※)、企業主導型保育 (※認可保育所、認定こども園、小規模・事業所内・家庭的保育事業)			保育所(園) こども園		
	2. 認可外保育施設(ベビーシッター、認可外の事業所内保育を含む。) 3. 幼稚園 4. 小学校( 年生) 5. 家庭監護			幼稚園 小学校		
*アレルギーの有無(有 ・ 無) *アレルギー食品(卵・大豆・牛乳・その他( ))						
(かかりつけ医)		担当医師名				
医療機関名		(TEL)				