

## 川西市病児・病後児保育事業 利用・変更 申請書

年 月 日

事業実施者様

下記のとおり、病児・病後児保育施設の利用を申し込みます。なお、利用にあたっては次のことに同意します。

- ① 実施施設の指示を守ること。また、この申請書を実施施設で使用する事、及び実施施設から市へ利用状況(利用年月日、病名等)を報告すること。
- ② 利用料の減免・減額に該当する場合、その算定においての調査を行うこと。
- ③ 子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

保護者 川西市

記

※末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないでください。

ふりがな 児童の氏名		男・女	平成 令和	年	月	日
利用施設		病児・病後児保育施設おひさまルーム				
利用 期間	申請時	年	月	日	時	～ 年 月 日 時( 日間)
	変更後	年	月	日	時	～ 年 月 日 時( 日間)
緊急時の連絡先		氏 名		子どもとの続柄( )		
		電話番号				
災害 発生 時 連絡 先	引渡し候補者(優先順位の高い順番に3名までご記入ください)			電話番号(連絡が付きやすい順に)		
	①	ふりがな				
		氏名 (おこさまとの関係)				
		①				
		②				
②	ふりがな					
	氏名 (おこさまとの関係)					
	①					
	②					
③	ふりがな					
	氏名 (おこさまとの関係)					
	①					
	②					
引渡し人氏名		本人との関係	引渡し日	/	時刻	: 場所
利用理由		就労・病気・その他( )				
利用料金		徴収・免除・減額	受付日	処理		サイン