

川西市病児・病後児保育事業 利用・変更 申請書(市外在住児用)

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 住所 _____

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		男・女		平成 令和		年		月		日											
児童の氏名		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 _____				① _____															
		氏名 (おこさまとの関係)				② _____															
	②	ふりがな _____				① _____															
		氏名 (おこさまとの関係)				② _____															
③	ふりがな _____				① _____																
	氏名 (おこさまとの関係)				② _____																
引渡し人氏名				本人との関係				引渡し日		/	時刻		:	場所				サイン			
利用理由		就労・病気・その他()																			
利用料金		4,000円				受付日						処理									