

病児及び病後児保育事業利用申込書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

保護者 住所  
氏名  
電話

病児及び病後児保育事業を利用したいので、ふじみ野市病児及び病後児保育事業実施要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。

(フリガナ) 児童氏名	( 男 女 )	生年 月日	年 月 日 ( 歳 か月)
在籍施設名			
利用施設名			
利用期間	年 月 日から 年 月 日( 日間)		
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	(電話番号 )		
健康保険	名称 記号 番号	保険者番号	
病気の経過	・病名( ) ・服薬( あり なし) 通院開始日( 年 月 日から)		
家庭で保育が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 就労の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他( )		
添付書類	<input type="checkbox"/> 病児及び病後児保育児童状況書(医療機関が発行したもの) <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> こども医療費受給資格証の写し <input type="checkbox"/> 生活保護受給証の写し		
同意事項 (重要)	<p>1 児童の容体が急変した場合において必要があるときには、保護者に連絡をせずに、実施施設の長の判断で医療機関での受診・治療を行うこととし、その費用は保護者の負担とすること。</p> <p>2 実施施設は細心の注意を払って病児・病後児保育事業を実施するが、やむを得ず児童に感染した場合には、ふじみ野市及び実施施設は責任を負わないこと。</p> <p>以上のことに同意します。 保護者氏名</p>		