

病後児保育事業利用申込書

蓮田市長 宛て

保護者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

蓮田市病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり病後児保育事業の利用を申し込みます。

ふりがな 児童氏名	男・女 愛称（ ）	生年月日	年 月 日
通園・通学 先の名称			
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間） ※利用開始日は、診療情報提供書の発行日の翌日から3日以内としてください。		
児童を看護 できない理由 （レ印）	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
お迎えされる方 （レ印）	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（氏名 続柄 ）		
緊急連絡先	ふりがな 氏 名	電 話 番 号 ※ 確実に連絡がとれる電話番号を記入	
	父・母・その他（ ）	携帯・自宅・勤務先	
傷 病 名	保育室での投薬 有 ・ 無		
初 診 日	年 月 日		
前 年 度 分 市 町 村 民 税 課 税 状 況 （レ印）	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯（利用料を施設にお支払いください。） <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 （実施施設に生活保護受給者証の写しを提示し、市が確認した場合は、利用料は無料となります。） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 （実施施設に保護者全員分の前年度分非課税証明書の写しを提出した場合は、利用料は無料となります。）		
添 付 書 類 （レ印）	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（病後児保育事業用連絡票） ※医師に記入を依頼してください。 <input type="checkbox"/> 実施施設が提出を求める書類		

（担当：保育課 ※実施施設を經由して提出）

※実施施設記入欄

登録番号 _____ 申込番号 _____
 受入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 日間）
 利用料免除 あり なし