様式第2号(第9条関係)

年　　月　　日

大月市病児・病後児保育利用申請書

|  |
| --- |
| （あて先）大月市長  申請者(保護者)住所  氏名　　　　　　　　　　　　印  連絡先  大月市病児・病後児保育を ( ① 勤務の都合 　 ② 傷病 　 ③ 事故　 ④ 出産  ⑤ 冠婚葬祭　 ⑥ その他[　　　　　　　　] )のため利用したいので、下記の内容について同意し申し込みます。  記  １　症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診することに同意いたします。  ２　その治療に要した費用は、保護者が負担することに同意します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 男  ・  女 | 生年月日　(　　歳　　ヵ月)  年　　月　　日生 | | | |
| 児童氏名 | |  | | |
| 今回の病名 | |  | | | | | | | |
| 利用希望期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　(　　　　日間) | | | | | | | |
| 通学・通園先 | | 電話 | | | | | 児童愛称 | |  |
| 緊 急 連 絡 先 | | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）  勤務先等　　　　　（　　　　）  携帯電話　　　　　（　　　　） | | | | | | |
| お迎えについて | | | お迎えに来る方の氏名（　　　　　　　　　　）続柄（　　　）  お迎え予定時刻（　　　　時　　　　分頃） | | | | | | |
| 実施施設での昼食提供の有無 | | | 有　　　・　　　無 | 実施施設でのお  やつ提供の有無 | | | | 有　　　・　　　無 | |
| ※有の場合、実費負担あり | ※有の場合、実費負担あり | |
| お子さんの  健康状態 | 昨日から今朝にかけての様子をお書きください。 | | | | | | | | |
| 昨日から今朝にかけて、解熱剤を使用しましたか。　　使用した　　使用してない | | | | | | | | |
| 注意事項 | その他心配なこと、配慮してほしいことをお書きください。 | | | | | | | | |