様式第３号(第１３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、申請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、申請者が負担することに同意します。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日　（　　歳　　箇月） 年　　月　　日生
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 ※有の場合、実費負担あり	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
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。		