久御山町病児・病後児保育事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）久御山町長

申請者　住所　久御山町
氏名
電話　（自宅）
（携帯）

児　童　氏　名		男・女	こども園名	
生　年　月　日	令和　　年　　月　　日生　　歳			
主　な　症　状				
かかりつけの医院 または今回受診された医院				
受　　診　　日	令和　　年　　月　　日			
診　断　内　容				
利 用 希 望 期 間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日			
利用希望保育時間	時　　分　～　　時　　分			
利 用 申 請 理 由	就労　・　疾病　・　その他（　　）			
緊　急　連　絡　先 ※ 緊急時に連絡をさせていただくことがありますので、必ずつながる連絡先をご記入ください	児童との続柄	氏名	連絡先電話	
			職場） 携帯）	
			職場） 携帯）	
			職場） 携帯）	
お迎えに来られる方				

□　この度、病児・病後児保育事業の利用申請を行った児童の世帯情報及び利用料決定のための生活保護受給状況について調査されることを承諾します。なお、症状が変化したときは速やかに迎えに行くこと、事態が緊急を要する場合は、併設の医療機関にて対応していただくこと及び要した費用について負担することに同意します。

保護者　　㊞