

様式第4号（第13条関係）

病児保育事業利用申請書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

住所
保護者 氏名
電話

病児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
利用期間	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
固定電話		携帯電話	
迎えに来る人の 氏名	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 いつから通院していますか (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"/> 病児保育事業利用児童状況書（診療情報提供書）（様式第5号） <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 子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（該当する人のみ）		
同意事項 (重要)	<p>児童の容態が急変した場合は、保護者に連絡せずに医療機関での受診及び治療を行うことがあること。また、その医療費等は保護者の負担とすること。</p> <p>実施施設は、細心の注意を払って病児保育事業を実施するが、やむを得ず感染症等に児童が感染した場合には、羽生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>		