様式第２号(第９条関係)

病児及び病後児保育事業利用申込書

年　　月　　日

　ふじみ野市長　宛て

保護者　住所

氏名

電話

　病児及び病後児保育事業を利用したいので、ふじみ野市病児及び病後児保育事業実施要綱第９条第２項の規定により、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  児童氏名 | (　男　女　) | 生年月日 | | | 年　　月　　日  (　　歳　　か月) | |
| 在籍施設名 |  | | | | | |
| 利用施設名 |  | | | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日(　　日間) | | | | | |
| 迎えに来る人 | (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)  通院開始日(　　　　年　　月　　日から) | | | | | |
| 家庭で保育が困難な理由 | □就労の都合□傷病□事故□出産□介護□看護□災害  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 添付書類 | □病児及び病後児保育児童状況書(医療機関が発行したもの)  □健康保険証の写し　□こども医療費受給資格証の写し  □生活保護受給証の写し | | | | | |
| 同意事項  (重要) | 1　児童の容体が急変した場合において必要があるときには、保護者に連絡をせずに、実施施設の長の判断で医療機関での受診・治療を行うこととし、その費用は保護者の負担とすること。  2　実施施設は細心の注意を払って病児・病後児保育事業を実施するが、やむを得ず児童に感染した場合には、ふじみ野市及び実施施設は責任を負わないこと。  　　以上のことに同意します。  　　　　　　　　　　保護者氏名 | | | | | |