

様式第2号（第8条関係）

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

（宛先） 富士見市長

住所

保護者 氏名

印

電話

病児・病後児保育事業を利用したいので、富士見市病児・病後児保育事業実施要綱第8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)<br>児童氏名  | ( 男 女 )   | 生年<br>月日 | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
| 在籍施設名           |   |          |                  |
| 利用期間            | 年 月 日から   |          | 年 月 日<br>( 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<br>医療機関名 | (電話番号 )   |          |                  |
| 健康保険            | 名称<br>記号 番号   | 保険者番号    |                  |
| 病気の経過           | ・病名( ) ・服薬( あり なし)<br>通院開始日( 年 月 日から)   |          |                  |
| 家庭で保育が<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |          |                  |
| 添付書類            | <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育児童状況書(医療機関が発行したもの)<br><input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> こども医療費受給資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給証の写し   |          |                  |
| 同意事項<br>(重要)    | <p>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。</p> <p>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、富士見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。<br/>保護者氏名</p>                                 |          |                  |

印