

川西市病児・病後児保育事業 利用・変更 申請書(市外在住児用)

年 月 日

事業実施者様

下記のとおり、病児・病後児保育施設の利用を申し込みます。なお、利用にあたっては次のことに同意します。

- ① 実施施設の指示を守ること。また、この申請書を実施施設で使用する、及び実施施設から市へ利用状況(利用年月日、病名等)を報告すること。
- ② 利用料の減免・減額に該当する場合、その算定においての調査を行うこと。
- ③ 子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

保護者 _____
印 _____

記

※末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないでください。

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------|-----------------------|------------------|------------|----|----|----|-----|
| ふりがな 児童の氏名 | | 男・女 | | 平成 年 月 日 生 | | | | |
| 利用施設 | | 病児・病後児保育施設おひさまルーム | | | | | | |
| 利用期間 | 申請時 | 年 月 日 時 ~ 年 月 日 時(日間) | | | | | | |
| | 変更後 | 年 月 日 時 ~ 年 月 日 時(日間) | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | 氏名 _____ | | 子どもとの続柄() | | | | |
| | | 電話番号 _____ | | | | | | |
| 災害発生時連絡先 | 引渡し候補者(優先順位の高い順番に3名までご記入ください) | | 電話番号(連絡が付きやすい順に) | | | | | |
| | ① | ふりがな _____ | ① _____ | | | | | |
| | | 氏名 (おこさまとの関係) | ② _____ | | | | | |
| | ② | ふりがな _____ | ① _____ | | | | | |
| | | 氏名 (おこさまとの関係) | ② _____ | | | | | |
| ③ | ふりがな _____ | ① _____ | | | | | | |
| | 氏名 (おこさまとの関係) | ② _____ | | | | | | |
| 引渡し人氏名 | | 本人との関係 | 引渡し日 | / | 時刻 | : | 場所 | サイン |
| 利用理由 | | 就労・病気・その他() | | | | | | |
| 利用料金 | | 4,000円 | | 受付日 | | 処理 | | |