

様式第2号（第7条関係）

坂戸市病児保育事業利用申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

坂戸市病児保育事業実施要綱第7条第2項の規定により、病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

(フリガナ) 児 童 氏 名	(男・女)	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
利 用 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
迎えに来る人		迎えの時間	時 分
診療を受けた 医療機関名	電話番号 ()		
病 気 の 経 過	病名 () 服薬 ()		
	通院開始日 (年 月 日から)		
家庭で保育が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 病児保育児童状況書（医療機関が発行） <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証の写し <input type="checkbox"/> こども医療費受給資格証の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
同 意 事 項	<p>児童の容体が急変した場合等必要がある場合は、保護者に連絡せずに、実施施設の長の判断で医療機関での受診・治療を行うことがあります。また、そのときの医療費等は、保護者の負担とします。以上のことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名</p>		

実施施設承認欄

利用期間	年 月 日～ 年 月 日
利用時間	時 分～ 時 分
食 事	<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 保護者が弁当・おやつ・水筒等を持参
特記事項	

年 月 日 施設名
施設長