

名張市病児・病後児保育利用申込書

令和 年 月 日

申込者(保護者) 住所  
氏名  
電話

次の記載のとおり、病児・病後児保育利用の申込をします。

ふりがな 児童の名前		性別	男・女	生年 月日	平成・令和 年 月 日
在籍保育所(園)・ 幼稚園・小学校名	保・幼・小	児童を家庭で保 育できない理由		1. 勤務の都合 2. その他	
年齢・学年	歳・学年 <small>(小学校の場合は学年を記入)</small>				
利用希望期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで				
利用希望時間	(午前・午後) 時 分から (午前・午後) 時 分まで				
緊急連絡先(必ず事前に事情を勤務先等に説明しておいてください)					
ふりがな 名前					
児童との続柄	連絡先(携帯番号)				
勤務先名					
勤務先住所					
勤務先電話					
児童の状況で特に 伝えたいこと					

※生活保護世帯や市民税非課税世帯等である場合、利用の減免申立てを行うことができますので、希望する場合は、減免申請書を行ってください。

同意書

私は、名張市病児・病後児保育事業を利用するに当たり、以下の内容に同意いたします。

記

1. 保育中の病状の急変時等に備え、貴施設と連絡がとれるようにすること
2. 保育中の病状の急変時は、保護者の同意のもと医療行為や他の医療機関へ移送すること。但し、生命の危機的状況時はこの限りではないこと
3. 保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続ができない状況と医師が判断したときは、利用の途中であっても利用児童を保護者が迎えに来ること

令和 年 月 日

実施施設長 様

申込者(保護者)

