

川西市病児・病後児保育事業 利用・変更 申請書

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 川西市

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				男・女		平成・令和		年 月 日		生			
児童の氏名													
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		徴収・免除・減額					受付日					処理	