

江田島市病児・病後児保育利用申請書

江田島市長 宛

申請者(保護者)住 所
氏 名 印
連絡先

江田島市病児・病後児保育を（① 勤務の都合 ② 傷病 ③ 事故 ④ 出産 ⑤ 冠婚葬祭 ⑥ その他[]）のため利用したいので、下記の内容について同意し申し込みます。

1 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診することに同意します。

2 その治療に要した費用は、保護者が負担することに同意します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日（ 歳 か月） 年 月 日生
児童氏名			

今回の病名	
-------	--

利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
--------	-------------------

通学・通園先	電話	児童愛称	
--------	----	------	--

緊急連絡先	氏名 続柄（ ）
	勤務先等（ ）
	携帯電話（ ）

お迎えについて	お迎え予定時刻（ 時 分頃） 続柄（ ）
---------	----------------------

利用料の免除について	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に該当するため、利用料の免除を申請します。 ※「江田島市病児・病後児保育事業利用料免除申請書（様式第5号）」を添付して提出してください。
------------	--

健康状態	お 子 さ ん の 昨日から今朝にかけての様子をお書きください。
	昨日から今朝にかけて、解熱剤を使用しましたか。 使用した 使用していない

注意事項	その他心配なこと、配慮してほしいことをお書きください。
------	-----------------------------

(実施施設記入欄)

江田島市病児・病後児保育事業の利用を 1 許可する 2 許可しない

※不許可の場合は理由を記入してください。

実施施設名

実施施設長