

病児保育センター利用申請書

年 月 日

能美市長

宛

保護者 住所

氏名

電話 自宅

携帯

能美市病児保育センター条例施行規則第5条の規定により、次の児童について、病児保育センターを利用したいので関係書類を添えて申請いたします。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	(年 月 日 歳 箇月)
登録番号		保育園・幼稚園 小学校名等		
利用する期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
利用する理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 出産 4 冠婚葬祭 5 その他 ()			
引取者	氏名		続柄	引取時刻 午前 時 分 午後
かかりつけの 医療機関名	病院等の名称		電話	
緊急連絡先	順位	氏名	続柄	電 話
	第1			
	第2			
	第3			
同意事項	1 病児保育の利用期間中は、病児保育センター担当医師の指示に従います。 2 子どもの容態により病児保育センター担当医師の診察を受けることを承諾します。 3 子どもの容態が変化し、病児保育での対応が困難になったとき又は病児保育センター担当医師が利用を不相当と判断したときは、病児保育の中止に同意します。 4 子どもの容態の変化により緊急に連絡があった場合は、適切に対応します。 上記のことについて同意します。 _____ 氏名 _____			

病児保育利用料無料化事業の減免措置可否判断の為、能美市が保有する住民記録情報及び住民税課税状況等に必要個人情報について、能美市が照会することに同意しますか。(はい・いいえ)
○をつけて下さい。

※減免措置の対象であっても、同意のない場合は保育料を徴収いたします。