

様式第2号（第9条関係）

年 月 日

八潮市病後児保育事業利用申請書

(宛先)

八潮市長

住 所 八潮市 _____

届出者 氏 名 _____

電 話 _____

八潮市病後児保育事業の利用をしたいので、次のとおり申請します。

ふりがな			生 年 月 日
児童氏名			年 月 日生
児童を看護 できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ()	通っている 施 設 名	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用希望時間	午前 時 分から 午後 時 分まで
連絡先	第1連絡先		第2連絡先
	氏名： 児童との続柄：		氏名： 児童との続柄：
	電話番号1： 電話番号2：		電話番号1： 電話番号2：
	勤務先（名称）： 電話番号： 通勤時間： 時間 分		勤務先（名称）： 電話番号： 通勤時間： 時間 分
	※上記連絡先は、当日連絡することがありますので、連絡がつく電話番号を記載してください。		
児童の状態で特に伝えたいこと。			

【注 意】 児童の容態が変化した場合、医療機関で診察を受けていただきます。

- 【必須書類】 健康保健証の写し こども医療費受給資格証の写し
 診療情報提供書 同意書
 児童票 家庭からの連絡票（利用日ごとに提出）

【該当する場合のみ記入】

次に該当する場合は、レ印を記入してください。 ※受給者証の写しを提出してください。
<input type="checkbox"/> 生活保護を受けている。
<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている。
<input type="checkbox"/> 上記の項目に基づいて、市又は福祉事務所が保有する世帯の状況の調査及び確認をすること並びに病児保育施設がその情報を共有することについて、私とその家族は同意いたします。