

様式第1号(規格 A4)(第7条関係)
(平30告示19・全改)

病後児保育利用申請書

年 月 日

みどり市長 須藤 昭男 様

申請者 住所
氏名
電話

病後児保育の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
施設名		
看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ()	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用希望時間	時 分から 時 分まで	
緊急連絡先	氏名 (児童との続柄:) 電話 — — (勤務先等の場合は、その名称:)	
児童の容体が変化した場合の処置	1 嘱託医での診察後、保護者が主治医に連れて行く。 2 嘱託医での診察後、容体を観察してもらいたい。 3 嘱託医での診察後、帰宅する。 ※ 容体が変化した場合は、嘱託医で診察を受けていただきます。	
児童の状況等で特に伝えたいこと		
生活保護の受給	無 ・ 有 (生活保護受給票を提示してください。)	
※ 認定欄(記入不要)		
利用料	1 被生活保護世帯・市町村民税非課税世帯	0円
	2 市町村民税所得割課税額48,600円未満の世帯	1,000円
	3 市町村民税所得割課税額48,600円以上の世帯	2,000円

※ この申請書に、健康保険証の写し及び医療機関の発行する診療情報提供書を必ず添付してください。