

吉野川市病児・病後児保育事業 利用申請書 兼 同意書

申請日 年 月 日

吉野川市長 様

申請者（記入者）

住所 _____

氏名 _____ ㊞

以下の記載内容のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
利用児童 氏名				(満 歳・小学 年生)
緊急連絡先	電話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
保育状況	保育所(園)名() ・ 幼稚園名() 小学校名 () ・ 家庭保育			
利用施設	さくらんぼ ・ ひだまり			
利用日	年 月 日 ()			
利用時間	午(前・後) 時 分 ~ 午(前・後) 時 分			
申請理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他()			
生活保護の 適用	有 ・ 無			
負担金	2,000円 ・ 免除			

施設記入欄	負担金 預かりの有・無	(預かり者)	(申請書No.) 29 -
-------	-------------	--------	------------------

(同意事項及び注意事項)

1. 記入した個人情報は、吉野川市及び実施施設で共有することに同意します。
2. 利用中は実施施設の職員の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めるときは、診療を受けることに同意します。
3. 事業の実施にあたり必要となった医療費その他の実費は、利用者負担となることに同意します。
4. 負担金(2,000円)の領収書は、後日吉野川市より送付します。施設から領収書等の発行はありません。