

阿波市病児・病後児保育事業利用申請書兼同意書

令和 年 月 日

阿波市長 様

申請者（保護者） 住所 阿波市 _____

氏名 _____ 印 _____
 児童との続柄（ _____ ）

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。
 また、記入した個人情報、阿波市及び実施施設で共有することに同意します。

フリガナ			
児童氏名	男・女	生年月日	令和・平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
保護者の 緊急連絡先	1番 氏名 () 続柄 () 電話 ()		
	2番 氏名 () 続柄 () 電話 ()		
保育状況	() 保育所・幼稚園・認定こども園 小学校 [] 年・家庭保育		
かかりつけ 医療機関名	医療機関名 () 電話 () 担当医師 ()		
利用期間 ・ 時間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
申請理由	1 勤務 2 保護者の傷病 3 保護者の事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 ()		
生活保護の適用	有 ・ 無		

（同意事項及び注意事項）

- 1 利用中は実施施設の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることに同意します。
- 2 事業の実施に当たり必要となった医療費及びその他の実費は、利用者の負担となります。
- 3 利用期間及び利用時間を変更する場合は、すみやかに申し出てください。
- 4 利用料金の決定に当たり、公的扶助について調査します。
- 5 児童の病状によっては、お預かりできない場合や、保育を中止してお迎えをお願いする場合があります。