

(表)

年 月 日

(宛先)栃木市長

申請者 住所

(保護者)

氏名

(児童との続柄)

㊟

病 児
病後児 保育事業利用申請書

次のとおり 病 児 保育事業を利用したいので、主治医師の診療情報提供書を添付の上、申請し
病後児 ます。

児 童	住所	栃木市			児 童 の 愛 称
	氏名		男・女	年 月 日生(歳 箇月)	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
児 童 の 留 意 点					
保育所名及 び電話番号	()	主治医名及 び電話番号	()		
自 宅 電 話 番 号	()	緊急連絡先	()		
保 護 者 及 び 家 族 欄	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先	
			・	電話番号	
			・	電話番号	
			・	電話番号	
<p>お子さんの病気について(当てはまるものに○を付けてください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状 発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他() ・いつからこの症状が始まりましたか。 月 日から ・投薬を受けていますか。(いる ・ いない) ・常備薬を飲んでいますか。(いる ・ いない) ・その他 食事の状況(離乳の状況、食事制限、アレルギーのための除去食等)、体質、くせ等心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー、既往歴等) 					
利用の理由	1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等の公的行事 9 その他社会的にやむを得ない理由()				
※ 世帯状況	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯				
記入上の注意	1 利用期間は、原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 児童の留意点は、特異な性格や性質、あるいは癖などを記入してください。 3 利用の理由は該当するところに○を付し、その他は明確、詳細に記入してください。 4 緊急連絡先は、市役所及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号を記入してください。				

※生活保護世帯又は市民税非課税世帯に該当する方は、裏面の同意書も御記入ください。

(裏)

同 意 書

病 児
病後児
保育事業の利用料確認のため、私の世帯の課税状況について調査することに同意します。

(宛先) 栃木市長

年 月 日

住 所
保護者氏名

印

※ 認定欄(記入不要です。)
費用

該当	利用者の世帯区分	日 額
<input type="checkbox"/>	1 生活保護世帯	0円
<input type="checkbox"/>	2 市民税非課税世帯	500円
<input type="checkbox"/>	3 その他の世帯	2,000円

※ 飲食物費は実費負担

※ 健康保険による診察料は別途負担