

坂町病児・病後児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

坂町長様

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)
(電話番号 ())

坂町病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり申込みます。

なお、記入した個人情報は、坂町及び実施施設で共有することを承認します。また、利用料の決定に当たり私の世帯の課税状況等を確認されることに同意します。

児 童	(ふりがな) 氏名	(愛称)	性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳 月
通所(園)・通学先			電 話		
保護者連絡先	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	
	電話番号	(自宅) (携帯)	電話番号	(自宅) (携帯)	
	勤務先	名称 電話番号	勤務先	名称 電話番号	
看護できない理由	(○で囲んでください) 1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 通学 6 その他 ()				
利用希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日				
利用希望時間	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				
お迎えに来る方	氏名	(続柄)			
かかりつけ医療機関	名称		所在地		
	主治医		電 話		
主な症状	発熱 咳 鼻水 嘔吐 喘鳴(ぜいぜい) 下痢 頭痛 腹痛 発疹 湿疹 その他 ()				
現在の投薬	いつから服用していますか・・・ 日前から服用 薬の内容・・・抗生物質 かぜ薬 解熱剤 下痢止め 吐き止め その他(具体的に				
その他 (今の子どもの状態 など)					

利用規約

- お迎えは、必ず指定された時刻までをお願いします。(時間厳守)
- 利用の途中で、お子さんの体調によってはお迎えをお願いする場合がありますので、緊急時の連絡先については、実施施設に正確にお伝えください。
- 緊急の場合、保護者の許可なく、医療行為を行う場合があります。その料金は別途請求します。