様式第３号（第１３条関係）

白岡市病児・病後児保育事業利用申請書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日（宛先）白岡市長住　所　　　　　　　　　　届出者　氏　名　　　　　　　　　　電　話　　　（　　　）　　　白岡市病児保育事業の利用をしたいので、次のとおり申請します。 |
| 利用施設名 |  |
| ふりがな児童氏名 | 　　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 児童を看護できない理由 | １　勤務の都合　 ２　その他（　　　　　　　　　　　 ） |
| 通っている施　設　名 | 　 |
| 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 |
| 連絡先 | 第１連絡先　氏名：　　　　　　　　　　続柄：  | 第２連絡先　 氏名：　　　　　　　　　　続柄：  |
| 電話番号： | 電話番号： |
| 勤務先（名称）：電話番号： | 勤務先（名称）：電話番号：　 |
| ※上記連絡先は、当日連絡することがありますので、連絡がつく電話番号を記載してください。 |
| かかりつけ医療機関名 |  | アレルギー | 有 　・　 無（原因物質：　　　　　　　　） |
| これまでにかかった主な病気 |  | 食事制限の必要 | 有　 ・　 無 |
| 児童の状態で特に伝えたいこと。 |

【留意事項】　児童の容態が変化した場合、医療機関で診察を受けていただきます。

【必須書類】　診療情報提供書

【添付書類】

　⑴　児童の様態の急変により、診察等を行う場合がありますので健康保険証の写しを添付してください。

　⑵　医療費助成制度を申請する場合（診察を伴う場合）は、こども医療費受給者証を持参してください。

⑶　利用料の免除を希望する場合は、白岡市病児・病後児保育事業利用料免除申請書（様式第５号）を本申請

　　書と同時に提出してください。