

色麻町病後児保育施設利用申込書

年 月 日

実施施設長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

病後児保育施設の利用について、次のとおり申込みます。

なお、住民記録情報及び利用料決定のため個人に属する情報を色麻町に確認すること及び色麻町が閲覧することについて同意いたします。

ふりがな 児 童 氏 名	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 保護者の就労により家庭での保育ができないため
	<input type="checkbox"/> 保護者の疾病により家庭での保育ができないため
	<input type="checkbox"/> 保護者の出産(分娩)により家庭での保育ができないため
	<input type="checkbox"/> 保護者が同居親族等の介護・看護により家庭での保育ができないため
	<input type="checkbox"/> その他、保護者が家庭での保育ができない理由 ()
利用希望期間 及び時間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間) 時 分 ～ 時 分 ※利用期間は、日曜日及び祝日を除いて1回につき原則7日限度となります。
緊急時連絡先	ふりがな 続柄 (携帯番号) 氏名 () (電話番号)
病 気 の 経 過	今回の病気で病後児保育を利用するまでの経過をご記入ください。 (いつから、どのような症状があったのか等)
その他(心配なこと、配慮してほしいこと等について記入してください。)	

※添付書類

- 1 申込みの際は、必ず医療機関で記入してもらった「色麻町病後児保育施設利用連絡票(様式第5号)」を添付してください。(手数料がかかる場合があります。ご了承ください。)
- 2 投薬がある場合には、必ず薬剤情報提供書(薬の説明書)の写しを添付してください。