

様式第1号

様式第2号

令和 年 月 日

小 山 市 長 様

申請者 住 所  
(保護者)

氏 名 印  
(児童との続柄： )

小山市病児・病後児保育事業利用申請書（病児対応型・病後児対応型）

下記の児童について、小山市病児・病後児保育事業（病児対応型・病後児対応型）を利用したいので、別紙 主治医の「診療情報提供書（利用連絡票）」を添付の上申請します。

児 童	住所 電話	( )			平熱
	フリガナ	年 月 日生	男	子の愛称	
	氏 名	( 歳 か月)	女		
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ( 日間)				
利用施設名					
在籍園・ 小学校名					
緊急連絡先 1 番目	連絡先：	緊急連絡先	連絡先：		
	( )	2 番目	( )		
保 護 者 家 族 欄	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先名	勤務先電話番号
			. .		( )
			. .		( )
お子さんを 家庭で看護 できない理由	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. 学校への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない事由 ( )				
お迎え予定時刻	午前・午後 時 分頃	お迎えに来る人	父・母・その他 ( )		
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 * 1・2に該当する世帯でお子さんが認可保育所に入所していない場合は、以下の証明書を添付してください。(その年度内に初めて利用する際に提出、2回目以降は不要です) 生活保護世帯・・・生活保護受給者証明書 市民税非課税世帯・・・前年度及び今年度の市民税非課税証明書の原本				
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. 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3. 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ご記入ください。				

(裏面もご記入下さい。)

