

様式第1号(第10条関係)

三木市病児保育利用申請書

三木市長 様		令和 年 月 日		
		申請者 氏名 住所 電話 ()		
病児保育の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。なお、利用料に関し、課税状況等について確認することに同意します。(消えないボールペンでご記入下さい)				
ふりがな		男	生年	平成
児童氏名		女	月日	令和 年 月 日(歳 ヶ月)
緊急連絡先	氏名 (続柄)	自宅・勤務先 () 電話 ()		
在籍保育所・幼稚園・小学校等		(認定こども園、保育園(所)、幼稚園、小学校)		
家庭で育児できない理由		1 勤務 2 冠婚葬祭 3 出産 4 病気 5 その他()		
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
利用時間	時 分 から 時 分まで			
児童の容体が変化した場合の処置	1 保護者が医療機関に連れて行く。 2 提携病院(小児科神沢クリニック)で診察を受ける。			
予防接種の状況等	※利用登録票に記載			
児童の状況等で特に伝えておきたいこと ○食事について(食事制限の有無) ○その他(体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)				
生活保護	無 ・ 有			
利用料	1 市内居住で前年分市民税課税世帯 2,000円 2 市外居住 3,000円 3 市内居住で生活保護世帯又は前年分市民税非課税世帯 免除			