

## 病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

加西市長 様

住所  
氏名

病後児保育を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 力月
保護者氏名		緊急連絡先	自宅・勤務先（ ） 電話	
通園施設名	保育所・幼稚園・幼稚園・こども園・小学校 年生			
家庭での保育が困難な理由	勤務・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他（ ）			
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間			
利用希望時間	時 分 から 時 分まで			
児童の容態が変化した場合	1 保護者が主治医に連れていく。 主治医が休診の場合は、さかいこどもクリニックで診察を受ける。 2 さかいこどもクリニックで診察を受ける。			
予防接種の状況	※ 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 <input type="radio"/> 食事について（食事制限の有無）  <input type="radio"/> その他（薬物アレルギー等、くせ又は心配なこと、配慮してほしいこと）				
これまでにかかった感染症				
生活保護 無 ・ 有				
記入不要				
利用料	1 生活保護世帯及び前年分市民税非課税 無 2 前年分市民税課税 2,000 円			