様式第2号(第5関係)

角田市病児保育事業利用申請書

　　　　年　　月　　日

　病児保育事業実施者　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  |
| 申請者 | 氏名 |  |
|  | 住所 |  |
|  | 電話番号 |  |

角田市地域子ども・子育て支援事業(病児保育事業)実施基準第5第2項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳　　月） |
| 保護者名 |  | 勤務先 | TEL |
| 入所している保育施設等 |  |
| 利用期間 | 　　　年　　月 　日～　　　年　　月　　日(　　)日間 |
| 診断医療機関名 | TEL |
| 受 診 日 | 年　　　月　　　日 |
| 症状(病名等) |  |
| 緊急時の連絡先 | 順位 | ふりがな氏　　名 | 児童との続柄 | 勤務先名称及び連絡先 |
| １ |  |  | 勤務先等：電 話：携帯電話： |
| ２ |  |  | 勤務先等：電　　話：携帯電話： |
| ３ |  |  | 勤務先等：電　　話：携帯電話： |
| 備　　考 |  |

　※申請の際は、「病児保育医師連絡票又は診断書」「同意書」「病児保育児童確認票」を添付のうえ、「母子健康手帳」をご持参ください。