

(表)

野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) 利用申込書

記入例

令和3年7月1日

野洲市長 様

代表保護者 住所 野洲市小篠原2100番地1  
氏名 野洲川 太郎  
電話 077-587-6052

次のとおり野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) を利用したいので、野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) 実施要綱第6条の規定により、同意書を添えて申し込みます。

ふりがな	やすかわ いちろう	年齢	保育園 (所) 名・幼稚園名・小学校名
児童名	野洲川 一郎	10	野洲小学校
生年月日	H23年4月3日生 (男・女)	歳	
代表保護者のお勤め先 (住所が市外の保護者のみ)		所在地 名称 (就労証明書を提出してください。)	
世帯全員の氏名 (児童は除く。)	続柄	住所	緊急連絡先 (保育中に必ず連絡可能な連絡先を記入してください。)
野洲川 太郎	父	野洲市小篠原2100番地1	090-0000-△△△△
野洲川 野洲子	母	同上	090-0000-□□□□
野洲川 二郎	弟	同上	- -
希望利用期間		7月1日 ~ 7月1日 (最大連続7日間)	

現在の児童の状態について	
病名	気管支炎
主な症状	該当するものにレを記入してください。 (その他に出来るだけ症状を具体的に記入してください。) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input checked="" type="checkbox"/> その他 { 気管支に炎症があるようで、食欲がない状態です。 }

利用者負担金について (市内在住者で下記に該当する場合のみレ点を記入してください。)	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯等又は保護者が里親である世帯 (診療依頼書又は保護者が里親であるとわかる書類の写しを添付してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であり、かつ、ひとり親世帯、身体障害手帳を有する世帯、療育手帳を有する世帯、精神障害者保険福祉手帳を有する世帯、特別児童扶養手当の支給を受けている世帯又は障害基礎年金を受けている世帯 (児童扶養手当証書、身体障害手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書又は障害基礎年金の支給を受けていることがわかる書類の写しを添付してください。) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税

同意書

野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) 実施要綱に基づく野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) を利用するに当たり、次のことについて同意します。

- 利用者負担金算定のため、私及び私の世帯に属する者の住民登録の状況、課税状況及び世帯状況に係る公簿 (電算処理された情報) の閲覧並びに関係行政機関への資料提供を求めること。
- この事業の実施に必要な情報及び上記1の資料を実施施設に提供すること。
- 利用期間中は、実施施設の長の指示に従うこと。
- 児童の体調の変化により野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) の保育が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施されること。

野洲市長 様

令和3年7月1日

保護者名 野洲川 太郎 (印)

(署名又は記名押印)

※かかりつけ医が、野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) を実施している病院又は診療所の医師以外の場合は、裏面の野洲市病児保育事業 (病児・病後児対応型) 連絡票が必要です。