

第2号様式（第10条関係）

年 月 日

病児・病後児保育利用申請書

（あて先） 一宮市長

保護者 住所 一宮市  
氏名  
電話 —

病児・病後児保育を利用したいので、下記について承諾のうえ申請します。

事業実施者が必要と認めた場合、緊急連絡先への連絡や医師の診療を受けること、またその場合の診療費等は保護者負担となることを承諾します。

フリガナ		男・女	年 月 日生
児童名		女	歳 ヶ月
利用施設 (※利用施設を○で囲んでください)	・あんず保育所 <b>病児保育室</b> ・神明保育園 <b>病後児保育室</b> ひまわり ・アートチャイルドケア尾張一宮保育園 <b>病後児保育室</b>		
所属園又は学校			
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (利用可能期間は原則5日以内です)		
利用希望時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 (利用可能時間は午前8時から午後6時までです)		
緊急連絡先	名前〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕 名前〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕 名前〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕		
生活保護の有無	有 ・ 無		
家庭で保育を できない理由	※該当する番号を○で囲んでください 1. 仕事 ----- 具体的にご記入ください↓ 2. その他〔 〕		

※添付書類：診療情報提供書（第3号様式）