

年 月 日

病児保育利用申請書

（あて先） 一宮市長

保護者 住所 一宮市  
氏名  
電話 ー

病児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、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になることについて、承諾します。

フリガナ		男 ・ 女	年 月 日生
児童名			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 病児保育室 ・病児保育室 Hug (ハグ) (杉本こどもクリニック内) ・病児保育室ホヌ (HONU) (いわたこどもクリニック向かい)		
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 [ ]		
利用料	1日あたり2,000円 (給食費は別途実費負担)		
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・学校・職業訓練    2. 通院    3. 介護・看護 4. その他 [ ]		

---

※添付書類：診療情報提供書（第3号様式）