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、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 （※利用施設を〇で囲んでください）	・あんず保育所 ・**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）		
	・**病後児保育室**ひまわり（市立神明保育園内）		
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　1,870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	※該当する番号を〇で囲んでください 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）