

病児保育事業利用申請書

施設管理者 様

年 月 日

住 所

申請者 氏 名

電話番号

病児保育事業を利用したいので、沼田市病児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな				登録番号			
児童氏名							
監護できない理由		勤務の都合 ・ その他（ ）					
利用希望期間		年 月 日 から 年 月 日 まで（ 日間）					
利用希望時間		時 分 から 時 分 まで					
緊急連絡先	①	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先（事業所名）					
		氏名		続柄		電話番号	
	②	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先（事業所名）					
		氏名		続柄		電話番号	
特記事項（児童の状況等）							
備 考							

※ 利用申請の際には登録カードをご提示ください。また、「診療情報提供書」、「健康保険証の写し」及び「福祉医療受給者証の写し」も添えてお申し込みください。