

病児保育事業利用申込書

年 月 日

柏崎市長 様

柏崎市病児保育事業実施規則第8条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。また、保護者負担額の算定のために必要な場合、柏崎市が世帯情報について調査をすることに同意します。

保護者 氏名 _____
 住所 _____

利用児童	ふりがな 氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	在籍施設名	保育園・幼稚園・小学校	
緊急 連絡先①	氏名	(続柄:)	
	電話番号	(自宅・携帯・勤務先)	
緊急 連絡先②	氏名	(続柄:)	
	電話番号	(自宅・携帯・勤務先)	
利用希望期日 及び時間(※)	期日	年 月 日 から	年 月 日 まで
	時間	時 分 から	時 分 まで
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※ 利用の期日や時間については、お子さんの症状や状態によって希望どおりにならない場合があります。また、予約の確定をするものではありません。

【施設処理欄】

利用日		病名(番号)	領収確認	利用日		病名(番号)	領収確認
1	月 日			5	月 日		
2	月 日			6	月 日		
3	月 日			7	月 日		
4	月 日						

【保育課処理欄】

決裁	課長	係長	係