

(様式第1号)

病児・病後児保育利用申込書

(あて先)
川口市長

年 月 日

申込者 (保護者)	住所 川口市
	氏名
緊急連絡先①	続柄 ()
緊急連絡先②	続柄 ()

次のとおり病児・病後児保育の利用を申請します。また、保育中の投薬を依頼します。
なお、病状悪化等緊急時において連絡がつかない場合は、病児担当医師の判断で処置及び必要に応じて緊急搬送することに同意します。

※ 太枠の中を記入してください。

児 童 氏 名	フリガナ	男・女	通園・通学先の名称
生 年 月 日	年 月 日 (歳 ヶ月)		
利 用 日	年 月 日 ※連日利用の場合: 年 月 日 から 年 月 日 まで()日間		
児童を看護 できない理由	1、勤務 2、傷病 3、事故 4、出産 5、通学 6、その他 ()		

- 注1 この申込書に健康保険証及び母子手帳を併せて提出してください。
注2 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、受給者証も持参してください。
注3 医療機関において、病児・病後児保育を実施している場合は担当医確認欄に証明を受けてください。

担当医確認欄
上記児童は病児・病後児保育に支障ないことを証する。
担当医師名

申込番号

確 認 欄	生活保護受給の有無	有・無
	予約方法	WEB・TEL
	病名 (TELまたはWEB予約から変更の場合):	