

鹿 沼 市 長 様

申請者 住 所 鹿沼市
 (保護者)

氏 名 印
 (児童との続柄)

鹿沼市病児・病後児保育事業利用申請書

このたび、下記により鹿沼市病児・病後児保育事業を利用したいので、別紙主治医の診療情報提供書（利用連絡票）を添付の上、申請します。

| | | | | | |
|--|--|---|--|---------------|------|
| 児 童 | 住所 | 鹿沼市 | | | 子の愛称 |
| | 氏名 | | 年 月 日生 (歳 か月) | | |
| 利用期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 日間 |
| 利用施設名 | (病児保育 病後児保育) | | | | |
| 保育園等・ 小学校名及び 電話番号 | TEL () | | 緊急連絡先 氏名及び電話 | TEL () (続柄) | |
| | 自 宅 電 話 TEL () | | | TEL () (続柄) | |
| 保 護 者 ・ 家 族 欄 | 続柄 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 勤 務 先 | |
| | 父 | | . . | TEL — | |
| | 母 | | . . | TEL — | |
| | | | . . | TEL — | |
| | | | . . | TEL — | |
| 利 用 の 理 由 (お子さんを 家庭で看護 できない理由) | 1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他社会的にやむを得ない事由 () | | | | |
| 利用者世帯 区分(該当す る番号に○ してください。) | 1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯 * 1と2に該当する方は、右記 同意書をご記入ください。 | | 鹿沼市病児・病後児保育事業利用の申請に当り、利用 料確認のため、私の世帯の課税状況等について調査す ることに同意します。 年 月 日 住所 鹿沼市 保護者氏名 印 | | |
| 記入上 の注意 | 1 利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3 緊急連絡先は、市役所及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。 | | | | |
| * 認定欄（記入不要） | | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 | | | |