

様式第 1 号（第 6 条関係）

阿蘇市病児・病後児保育事業利用申請書

阿蘇市長 様

申請者氏名	印
申請者住所	
緊急連絡先	携帯電話 — — 勤務先等 — — ※保育中必ず連絡の取れる番号を記入してください。
利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）

下記のとおり、阿蘇市病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

なお、症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合は、保護者の承諾なしに、受診し、その治療等に要した費用は保護者が負担することに同意します。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
		申請者との続柄	
通園・通学先等			
病名			
通院病院	名 称		
	電話番号		
病状及び 経過等	(できるだけ詳しくご記入ください)		
児童を看護で きない理由	(1) 勤務の都合 (2) 疾病 (3) 出産 (4) 冠婚葬祭 (5) その他 ()		
お迎えに来る 方について	氏名 :	続柄 :	お迎えの 予定時間
			時 分頃

※裏面も記入して下さい。

