

様式第3号（第10条関係）

宮代町病児保育・病後児保育事業利用届出書

年 月 日

宮代町長

届出者 住所 宮代町 _____

氏名 _____

宮代町病児保育・病後児保育事業を利用したいので、宮代町病児保育・病後児保育事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり届出します。

ふりがな				生年月日		
児童氏名				年 月 日生		
児童を看護できない理由	1 勤務の都合上 2 その他 ()		通っている施設名			
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用希望時間	午前 時 分から 午後 時 分まで			
連絡先	【第1連絡先】			【第2連絡先】		
	氏名			氏名		
	児童との続柄			児童との続柄		
	電話番号			電話番号		
	勤務先(名称)			勤務先(名称)		
	電話番号			電話番号		
※上記連絡先は、当日連絡することがありますので、連絡がつく電話番号を記載してください。						
児童の状態 特に伝えたいこと ・アレルギー 無 ・ 有 (原因物質) ・食事制限 無 ・ 有 (内容) ・その他、留意してほしいこと (以下に記入してください。)						

- 【必須書類】 健康保険証の写し又は受給証の写し 診療情報提供書(様式第4号)
子ども医療費受給資格証の写し又は重度心身障害者医療費受給者証の写し

- 【確認事項】 生活保護受給世帯
 ※証明するものがある場合は提示してください。
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律による支援給付世帯
市町村民税非課税世帯
児童扶養手当受給世帯 ひとり親家庭等医療費受給世帯

- 【注意事項】 児童の容態が変化した場合、町の判断で医療機関を受診する場合があります。

下記の項目について、私とその家族は同意します。

- ・医療機関を受診する場合、必要書類の写しを医療機関に提供すること。
- ・町が保有する生活保護等の受給状況及び課税状況に関する情報を確認すること。
- ・児童の容態が変化した場合、医療機関で診察を受けること。

年 月 日