

様式第 5 号（第 9 条関係）

田原市病後児保育室利用申込書

年 月 日

田 原 市 長 殿

住所

氏名

印

緊急連絡先

病後児保育室を利用したいので、田原市病後児保育室の管理運営に関する規則第 9 条第 2 項の規定により次のとおり申し込みます。

登 録 児 童	氏 名	生年月日	性別	入所施設
	ふりがな	年 月 日生	男・女	園
登 録 番 号				
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）			
迎えに来る人	（児童との関係： ）	迎えの時間	時 分	
家庭で保育が 困 難 な 理 由	☐ 就労の都合 ☐ 傷病 ☐ 事故 ☐ 出産 ☐ 介護 ☐ 看護 ☐ 災害 ☐ その他（ ）			
添 付 書 類	☐ 田原市病後児保育室医師連絡票（様式第 4 号）（医療機関が発行） ☐ 健康保険証の写し ☐ 子ども医療費受給者証の写し ☐ 与薬依頼書 ☐ お薬手帳、薬剤情報提供書又は処方箋			
同 意 事 項 （ 重 要 ）	児童の容体が急変したとき等必要がある場合には、保護者に連絡をせずに、市長の判断で医療機関での受診・治療を行うことがあります。また、そのときの医療費等は、保護者の負担とします。 以上のことに同意します。 保護者氏名 印			