様式第2号（第5条関係）

豊中市病児保育室利用申込書

宛　先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　病児保育室

申込者（保護者）住　所

　　　　ふりがな

　　　　名　前

　　　　電　話

豊中市病児保育事業を利用したいので、下記留意事項に同意のうえ、豊中市病児保育事業の実施および補助金交付要綱第5条の規定により、次の通り申し込みいたします。

なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）児童名 | 男・女 | 生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　（満　　　　歳） |
| 通所・園、通学施設等について□　保育所・園、幼稚園、小学校に通所・通園、通学している施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎　　　　　　－　□　通所・通園、通学していない |
| 利用の理由（保護者の状況） | □勤務の都合　　□傷病　　□事故　　□出産　　□冠婚葬祭□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用時間 | 時　　分　～　　　時　　分時間厳守をお願いします。 |
| 利用予定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 主な症状 |  |
| 給食について | □給食を利用する□弁当を持参する |

各項目あてはまる□にチェックを入れてください。

留意事項

１　児童の病状が急変した場合は、直ちに保護者に連絡させていただきます。

２　きわめて緊急性が高いと判断した場合は、医療行為を行います。その際は、診療費が別途必要になります。

３　処方されたお薬を持参してください。