第２号様式(第８条関係)

病児・病後児保育事業利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指宿市長　　　　様  年　　月　　日  　次のとおり指宿市病児・病後児保育事業の利用を申請します。  　なお，本事業を円滑に実施するため，記載した個人情報を貴職及び実施施設が利用することについて，承諾します。  申請者　住所  氏名  電話  　　緊急連絡先 | | | | | | | |
| (フリガナ) |  | | | 性別 | 男・女 | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  (　 　歳　　か月) |
| 児童氏名 |  | | |
| 入所保育所・学校等 | | |  | | | | |
| 利用希望期間 | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日(　　日間) | | | | |
| 利用を希望する理由 | | □勤務の都合　　□傷病　　□事故　　□出産  □冠婚葬祭　　　□災害　　□出張　　□学校等の行事  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| かかりつけの  医療機関名 | | 電話 | | | | | |
| 添付書類 | | 指宿市病児・病後児保育事業医師連絡票 | | | | | |

病児・病後児保育事業の利用に際しての同意書

※□欄全てにレ印を記入してください。

□利用当日にキャンセルする場合は，8：00から8：30までに実施施設へ連絡します。

□お迎え時間を厳守します。なお，厳守できないことが２回あった場合は誓約書を作成し，３回あった場合は以後の利用はいたしません。

□利用の際は，実施施設からの電話を取れるようにし，不在着信があった場合は，折り返し実施施設へ電話します。