

様式第3号（第7条関係）

病児・病後児保育利用申込書

年　月　日

（あて先）実施施設の設置者 様

住 所

保護者 氏 名

緊急連絡先

児童氏名		生年月日	
世帯区分	1 生活保護世帯（受給者証を提示）	2 非課税世帯	

次のとおり、小川町病児・病後児保育事業を利用したいので、下記事項に同意の上申し込みます。

記

- 1 利用時間は厳守します。
- 2 利用に当たり、医療機関を受診し、医療機関が作成した連絡票を提出します。
(同様の疾病により複数日連續して利用する場合の2日目以降は除く。)
- 3 万が一の事故については、町及び実施施設の行う調査等に全面的に協力をし、解決の方法として用いる実施施設が加入する保険をもって異議を申し立てないことに同意します。
- 4 利用料金は、利用日当日、退園時に全額支払います。
- 5 以上、利用登録申請時に署名した同意書及び上記の全ての事項を守り、これに反する場合は利用を中止され、正当な権利の行使ができなくなても異議は申し立てません。

【添付書類】

- 1 小川町病児・病後児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）

.....

施設記載欄（申請者は記入しないでください。）

受付印	登録番号				
	利用料 負担区分	6月まで	全額負担	・	全額減免
		7月以降	全額負担	・	全額減免
	利用日	利用時間		利用料	
	月 日	: ~ : ~ :			
	月 日	: ~ : ~ :			
	月 日	: ~ : ~ :			

