

## 豊中市病児保育室利用申込書

宛 先

.....年 月.....

.....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 <input type="checkbox"/> 保育所・園、幼稚園、小学校に通所・通園、通学している 施設名 <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 通所・通園、通学していない		
利用の理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 給食を利用する <input type="checkbox"/> 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。