

前橋市病児・病後児保育 利用申込書

年 月 日	
前橋市長宛 (施設長)	
申請者 氏名 _____ (保護者)	
前橋市病児・病後児保育を利用するにあたり、以下の項目に同意します。 ①利用料決定に必要な市が保有する生活保護に関する情報を確認すること。 ②生活保護世帯については生活保護受給者証を提示すること。 ③利用児童の健康保険証、福祉医療費受給資格者証を提示すること ④利用児童についての状況や利用状況等について市及び実施施設間で情報を共有すること。	
病児・病後児保育を受けたいので、次のとおり申し込みます。	
ふりがな	
児童氏名	生年月日 _____ 年 月 日 (歳 月)
住所	(〒 -)
保育園・こども園・幼稚園・小学校等	
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用期間	月 日 から 月 日まで (日間)
保護者 緊急時 連絡先	1 氏名 (続柄) _____ (父・母・他)
	電話番号 _____ <input type="checkbox"/> 自宅： <input type="checkbox"/> 携帯： <input type="checkbox"/> 勤務先：
	勤務先名称 住所
	※希望連絡先に☑をする。 必ず連絡がつくこと。
2 氏名 (続柄) _____ (父・母・他)	
電話番号 _____ <input type="checkbox"/> 自宅： <input type="checkbox"/> 携帯： <input type="checkbox"/> 勤務先：	
勤務先名称 住所	
※施設記載欄：利用料 (日額)	
1	生活保護法 (昭和25年法律第144号) による被保護世帯 0円
2	上記以外の世帯 (前橋市内在住 ・ 前橋市外在住で前橋市内在勤) 2,000円

* 診療情報提供書を添付して提出してください。

* 当日登録・当日利用において、生活保護受給者証 (写し) の添付がない場合は、上記利用料を徴収します。
 なお、後日、生活保護受給者証 (写し) を提出した場合は還付します。

* 薬の指示書 (処方内容のわかるもの)、母子健康手帳 (予防接種欄) の写し、生活保護受給者証の写しについては裏面に添付してください。

