

鎌倉市病児・病後児保育事業 利用申込書

平成 年 月 日

鎌倉市長
(病児・病後児保育実施施設長)

申請者(保護者) 住所

氏名

連絡先 () -

次のとおり、鎌倉市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。また、下記の記載内容を実施施設で利用すること、利用状況等の報告を市が受けることに同意します。なお、利用に当たっては、実施施設の指示に従います。

ふりがな										
対象児童氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)							
住所 (対象児童が現在 居住している所)	1 申請者住所と同じ 2 現在 別住所に居住 →		現住所 電話番号 () -							
通園・通学施設	1 保育園 (市内・市外) 2 幼稚園 (市内・市外) 3 小学校 (市内・市外) 4 その他 5 なし	園・校名								
		連絡先								
利用理由	1 就労 2 疾病 3 事故	4 出産及び産前産後 5 冠婚葬祭 6 その他 ()								
利用希望事業	1 病児保育事業 (病児保育室の利用) 2 病後児保育事業 (病後児保育室の利用)									
かかりつけ 医療機関	医療機関名	担当医								
	〈市外の医療機関の場合〉 所在地： 電話番号：									
緊急連絡先 (確実に連絡が とれるところ)	① 氏名 (勤務先の場合：勤務先名)	児童との続柄 電話番号								
	② 氏名 (勤務先の場合：勤務先名)	児童との続柄 電話番号								
利用希望日・時間	①利用希望日 日付 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></table> 日間 ②利用希望時間 午前 時 分 ~ 午前・午後 時 分 1回の申込みにつき、連続する7日間を限度とします。 利用時間は、当日の18時までです。			/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/				

※ 本事業の利用申込みに当たっては、別紙「鎌倉市病児・病後児保育事業利用票1及び2」、「与薬依頼票」に必要事項を記入し、併せて「鎌倉市病児・病後児保育事業利用連絡票」を添付し、実施施設に提出してください。

※ 利用の際、保険証、母子健康手帳、薬剤情報提供書又はお薬手帳、投与する薬や特定のミルク、哺乳瓶等があれば持参してください。