

松本市病児保育事業利用申請書

年 月 日

（あて先）松本市長

申請者（保護者）氏名

\_\_\_\_\_ ㊞

松本市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、記入した個人情報、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

事業実施施設名	相澤病院 ・ 梓川診療所 ・ 丸の内病院 ・ まつもと医療センター 病児保育室 病児保育室 病児保育室 病児保育室			
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				( 歳 カ月)
保護者の状況	住所			
	氏名			
	電話番号			
看護できない理由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 通学 6 その他 ( )			
通園・通学施設等	名称 _____ 電話番号 _____ 松本市内の保育園・認定こども園に在籍の場合は以下に記入してください。 保育必要量 [ 短時間 _____ ・ 標準時間 _____ ] 【8:30～16:30】 【7:30～18:30】 延長保育利用時間 ( 時 分～ 時 分)			

**\* 同意事項及び連絡事項**

- 1 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得て病児保育事業の実施医療機関で治療・処置を行います。連絡がつかない場合でもこれを行うことに同意します。
- 2 その際の治療費は別途請求となりますが、保険証を使つての治療になりますのでご了承ください。また、保険証は必ずご持参ください。
- 3 利用期間及び利用時間を変更する場合は、速やかに申し出てください。
- 4 事業の利用中は、実施施設の長の指示に従ってください。
- 5 事業の実施に当たり必要となった医療費及びその他の実費は、利用者の負担となります。