

登録番号 

--	--	--	--

## 和泉市病児保育事業利用申込書

年 月 日

和 泉 市 長 あて

住 所  
申込者（保護者）  
氏 名

（申込者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

和泉市病児保育事業の利用について診療情報開示票を添えて申し込みます。

(フリガナ) 児 童 氏 名		性 別	男 女	生年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月 )
連絡先（勤務先等） ）及び電話番号	TEL ( )	通っている 保 育 所 等			
利 用 事 由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 ( )				
治療受診中の 医療機関名	医療機関名	TEL ( )			
	医師名				
児童を送迎される方の氏名		児童と の 関 係		お 迎 え 予 定 時 刻	時 分 頃

※ 生活保護世帯及び市民税非課税世帯に属する利用者にあたっては、利用料の減免を受けることができます。「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください。