

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

病児保育実施施設長 様

申請者氏名 (対象児童との続柄:)

住 所

電 話

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

※記の欄(保護者氏名・勤務先は、予約システムに入力した場合、省略できます。) ID番号

利用施設名			
フリガナ			
対象児童氏名	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
フリガナ			
保護者氏名	勤務先	☎	
病 名			
家庭で育児できない理由	勤務・冠婚葬祭・出産・病気・その他()		
利用予定期間	令和 年 月 日 () ~	月 日 ()	日間

児童の健康状態及び注意事項

○食事について(食事制限の有無)

○その他(体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)

療養手帳 有 障害者手帳 有 すこやか保健 対象

利用料の減免について

私は次の世帯に該当するため、利用料の減免を申請します。

- 生活保護世帯
- 市民税非課税世帯
- 所得税非課税世帯
- 里親

※該当する場合には、本申請書の他に「様式第5号 利用料減免申請書」に必要な書類を添付して提出してください。

特定子ども・子育て支援提供証明書及び領収証(幼児教育・保育の無償化関係)の発行について

① 要 (第2号 第3号) 不要

※発行が必要な場合は認定種別の該当する口にレを記入してください。

② 要の場合は、認定保護者の氏名及び続柄を記入してください。

フリガナ
氏 名 :

認定子どもとの続柄:

(実施施設記入欄)

神戸市病児保育事業の利用を 1 許可する 2 許可しない

※不許可の場合は理由を記入してください。

〒651-1242 神戸市北区山田町上谷上字古々谷12番地の3
TEL 078-582-0111 FAX 078-583-8908

施設名 医療法人社団まほし会 真星病院

施設長名 院長 大石 麻利子 印

お迎え予定時間 _____

お迎え予定保護者 _____