第１号様式（第８条関係）

越谷市病児保育事業利用届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  越谷市長　宛  住　所  届出者　氏　名  電　話　　　（　　　）  越谷市病児保育事業の利用をしたいので、次のとおり届け出ます。 | | | |
| 利用施設 | □越谷市レイクタウン病児保育室　　　　　□越谷市北越谷病児保育室 | | |
| ふりがな  児童氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 児童を看護  できない理由 | 1　勤務の都合　 2　その他（　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 通っている  施　設　名 |  | □ 保育所　□ 地域型保育　□ 認定こども園  □ 幼稚園  施設等利用給付（新２号又は新３号）を受けている方  □ 認可外  保育施設 | |
| 利用希望期間 | 年　　　　月　　　　日から  年　　　　月　　　　日まで | 利用希望時間 | 時　　　分から  時　　　分まで |
| 連絡先 | 第1連絡先  氏名：　　　　　　　　　　続柄： | 第2連絡先  氏名：　　　　　　　　　　続柄： | |
| 電話番号： | 電話番号： | |
| 勤務先（名称）：  電話番号： | 勤務先（名称）：  電話番号： | |
| ※上記連絡先は、当日連絡することがありますので、連絡がつく電話番号を記載してください。 | | |
| かかりつけ  医療機関名 |  | アレルギー | 有 　・　 無  （原因物質：　　　　　　　　） |
| これまでに  かかった  主な病気 |  | 食事制限の必要 | 有　 ・　 無 |
| 児童の状態で特に伝えたいこと。 | | | |

【留意事項】　児童の容態が変化した場合、医療機関で診察を受けていただきます。

【必須書類】　□　健康保険証の写し　　□　こども医療費受給資格証の写し　　□　診療情報提供書

　　【該当する場合のみ記入】

　　　下記の項目に基づいて、市又は福祉事務所が市の保有する世帯の状況を調査及び確認をすることについて

私とその家族は同意いたします。

|  |
| --- |
| 次に該当する場合は、レ印を記入してください。　※ 受給者証の写しを提出してください。 |
| □　生活保護を受けている。  □　中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の  支援に関する法律による支援給付を受けている。 |
| ※　署名してください。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 届出者署名 |