

令和 年 月 日

府中町長

「病児保育室ダンボ」向洋こどもクリニック院長

申請者（保護者）

住所 府中町 _____

氏名 _____

連絡先 (携帯・勤務先) _____

次のとおり、病児・病後児童保育事業を利用したいので申請します。

利用希望期間		保育所（学校）名	
令和 年 月 日（ ） から 令和 年 月 日（ ） まで「 」日			
ふりがな 児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日（ 歳）
利用児童の病名及び経過			
(1) 病気の種類（病名）			

(2) 発病及び経過 令和 年 月 日			

(3) 症状及び経過			
児童を看護できない理由			
1. 仕事 2. 疾病 3. その他（ ）			
お迎え予定時間 _____ 時 分頃			
お迎え予定者 _____ (児童との続柄 _____)			

(利用・記入上の注意事項)

- 初めて利用するときは、登録申請、利用申込の両方にチェック、2回目以降は利用申込にのみチェックしてください。
- 利用対象疾病の範囲は、感冒、消化不良、(多症候性下痢)など乳幼児が日常罹患する疾病や、麻疹、水痘、風疹などの伝染性疾患、喘息などの慢性疾患及び熱傷などの外傷性疾患などです。
- 保護者が児童を看護できない理由の範囲は、仕事、疾病、事故、出産、冠婚葬祭等の社会的にやむを得ないと認められるものです。
- 利用料は、日額で保育料2,000円と食費500円です。
- 生活保護世帯、保育料0円世帯(府中町民に限る)、ひとり親世帯のうち前年度分の市町村住民税が非課税世帯の方は利用料が免除になります。調査により免除対象者に該当しないことが判明した場合は、遡って利用料を徴収させていただきますのでご承知おきください。府中町外の方は、免除対象となること分かる書類を提出してください。

【施設・町記入欄】

登録番号	—	利用料免除	・生活保護世帯・保育料0円世帯(府中町民のみ) ・ひとり親非課税世帯
------	---	-------	---------------------------------------