

様式第2号(第6条関係)

西条市病児・病後児保育施設使用申請書									
年 月 日									
西条市長 殿									
ふりがな							年 月 日生		
児 童 氏 名							歳 箇月		
保護者氏名									
住 所	西条市 (町内名) 電話 — —								
保 護 者 等 緊急連絡先	1	氏名				電話	—	—	
	2	氏名				電話	—	—	
保育所名等									
児童は、 年 月 日 病院(医院・小児科・診療所) 医師 の診察を受け、病名 と診断されましたが、 年 月 日から、西条市病児・病後児保育事業を利用できる旨の確認を受けました。 また、病状の変化により、施設の判断で医師の診察を依頼することを承諾し、治療に 要した費用は当方で払います。									
備 考									

※ 以下は記入しないでください。

登 録 番 号			—				適用		保護者 負担金	円／日
---------	--	--	---	--	--	--	----	--	------------	-----