

様式第2号(第14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 児童氏名							年 月 日生 歳 箇月			
保護者氏名										
住所	西条市 (町内名) 電話 ー ー									
保護者等 緊急連絡先	1	氏名				電話				ー ー
	2	氏名				電話				ー ー
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
------	--	--	---	--	--	--	----	--	--------	-----