

様式第2号 (第6条関係)

日付けは空欄で  
お願いします。

### 松本市病児保育事業利用申請書

(あて先) 松本市長  
申請者(保護者)氏名

病児 太郎



保護者の方なら  
どなたでも大丈夫です。

年 月 日

松本市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。  
なお、記入した個人情報、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

事業実施施設名	相澤病院 病児保育室 . 梓川診療所 病児保育室 . 丸の内病院 病児保育室 . まつもと医療センター 病児保育室			
フリガナ	ビョウジ アズサ		男(女)	生年月日
児童氏名	病児 梓			28年 7月 27日 ( 1歳 9カ月)
保護者の状況	住所	松本市梓川梓00-0		
	氏名	病児 太郎		
	電話番号	00-0000		
看護できない理由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 通学 6 その他 ( )			
通園・通学施設等	名称	000保育園 電話番号 00-0000		
	松本市内の保育園・認定こども園に在籍の場合は以下に記入してください。			
	保育必要量	[ 短時間 8:30~16:30 ] . [ 標準時間 7:30~18:30 ]		
	延長保育利用時間	( 8時 00分 ~ 17時 00分 )		
利用期間	H30年 5月 1日 から		H30年 5月 3日 まで	
利用時間	8時 00分 から		17時 00分 まで	

利用予定の日付・時間を  
ご記入ください。  
利用途中に変更があれば  
大丈夫です。

延長保育の申請をしている方は  
申請時間を含めた保育時間  
をご記入ください。

#### \* 同意事項及び連絡事項

1. 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得て病児保育事業の実施医療機関で治療・処置を行います。連絡がつかなかった場合でもこれを行うことに同意します。
2. その際の治療費は別途請求となりますが、保険証を使つての治療になりますのでご了承ください。また、保険証は必ずご持参ください。
3. 利用期間等を変更する場合は、速やかに申し出てください。
4. 事業の利用中は、実施施設の長の指示に従ってください。
5. 事業の実施に当たり必要となった医療費等松本市病児保育事業実施要綱第8条に規定する費用以外の費用は、利用者の負担となります。

誤って記入した場合、二重線を引き、訂正印を押して、  
空いているスペースに正しくご記入ください。