

様式第1号（第8条関係）

浦添市病児・病後児保育事業利用申込書			
			年 月 日
浦添市長殿			
		住 所	
社会医療法人仁愛会		(ふりがな)	
小児デイケア“もこもこ”		保護者氏名	印
		電 話	
次のとおり、病児・病後児保育事業の利用申込をします。			
ふりがな		男	生年月日
児童氏名		女	年 月 日
		( 歳 )	
保育所(園)名		電 話 番 号	
保護者及び緊急連絡先	父(氏名)	勤務先名	
		電 話 番 号	
び 緊 急 連 絡 先	母(氏名)	勤務先名	
		電 話 番 号	
絡 先	その他(氏名・続柄)	連絡先	
		電話番号	
児童の病名及び経過 (1) 病名 (2) 発病 年 月 日 (3) 病状及び経過			
利用を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用を希望する理由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭 6.その他(		
同意・誓約事項	利用に際しては市長及び施設の長の指示に従うこと。		

\* 記入に当たっては、2枚目の注意事項をお読みになられましたか。□

## 注意事項

- 1 利用対象疾病の範囲は、感冒、消化不良(多症候性下痢)等、児童が日常罹患する疾病や、麻疹、風疹等の感染性疾患、喘息等の慢性疾患及び熱傷等の外傷性疾患等です。
- 2 利用者が監護できない理由の範囲は、利用者の勤務の都合、傷病、事故、出産、冠婚葬祭等の社会的要因によるものです。
- 3 利用者負担額は、児童一人につき4時間以内は1,500円、4時間を超えるときは2,000円です。食費は、500円です。
- 4 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯又は前年度分の所得税が非課税であって、かつ、前年分の市町村民税非課税世帯に該当する方は、利用者負担額(食費は、除く。)の免除が受けられます。該当する方で利用者負担額の免除を受けたい方は、あらかじめ申請をしてください。承認を受けたときのみ利用者負担額が免除になります。