

薩摩川内市病児・病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 殿

申請者 住所 薩摩川内市 町

(保護者) 氏名 印

電話(自宅) - -
(勤務先) - -

Table with 5 columns: フリガナ児童氏名, 生年月日, 年齢, 性別, 続柄. Includes sections for 利用希望期間, 保育所等の名称, 家庭で育児できない理由, and 世帯状況.

(医療機関記入欄)

Table for medical information including 病名・病状等, 病状, 安静度, 処方内容, and 実施施設長承諾欄.

※ 診断に係る費用は申請者の負担となります。

(実施施設長承諾欄)

Form for facility manager consent including 申請者(保護者) 殿, 施設名称, and 施設長氏名.

※病状に変化があった場合には再度申請書の提出が必要となります。

※病状に変化がない場合の申請書の有効期間は7日間です。