様式第2号（第7条第2項関係）

病児保育事業利用申込書

年　　月　　日

柏原市長　様

（申込者）住　　所

ふりがな
保護者氏名(自署)

電　　話

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年　月　日 （　歳児クラス） （　年生）
通園(学)施設		利用料区分	生活保護受給　該当・非該当 市町村民税　非課税・課税	
利用日	年　月　日から　年　月　日まで			
緊急時の連絡先	氏名　児童との続柄 住所　電話			
	氏名　児童との続柄 住所　電話			

今回の病気について

・病名（分かっている場合のみご記入ください。）

・症状（簡単にご記入ください。）

・今朝の体温　　℃　　・薬を飲んだ時間

・下痢　ある・なし　　時　分

・咳　ある・なし

・嘔吐（むかつき）ある・なし　　・座薬等を使った時間

・機嫌　良好・普通・不良　　時　分

※添付書類（下記に該当する場合のみ）

○生活保護受給世帯……受給証明書等

○市町村民税非課税世帯……世帯全員の市町村民税非課税証明書

※4月及び5月については、前年度とし、
6月以降については、当年度を添付すること。