

病児・病後児保育事業利用申込書

実施施設長 様

申請者 住所 枕崎市
(保護者) 氏名 _____ 印
児童との続柄 ()
電話番号 - -

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	男・女	生年月日 (年齢)	平成	年	月	日
児童氏名					(歳	か))
保育所等の名称	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
申込の理由 (家庭で保育 できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()							
利用希望時間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 の () 日間							
児童の送迎	入所 (入所時間: 時 分頃, 連れてくる方の氏名: _____ 続柄 ())							
	退所 (退所時間: 時 分頃, 迎えにくる方の氏名: _____ 続柄 ())							
健康保険証	記号: _____ 番号: _____ 保険者番号: _____							

病気の状況について

病名 (わかっている場合) [_____]
主な症状 発熱 下痢 嘔吐 せき 喘鳴 発疹 湿疹
その他, 気になる症状など, ご自由にお書きください。

いつからこの症状がはじまりましたか。経過をお書きください。

昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。(使用した 使用していない)
昨日から今朝 (現在) の症状についてお書きください。

添付書類	病児・病後児保育事業医師連絡票
------	-----------------

- 注 1 欄については、該当項目にレ印を記入してください。
2 事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は、この申込書と病児・病後児保育事業医師連絡票のほかに、病児・病後児保育事業利用登録申請書を提出してください。
3 母子手帳 (乳幼児のみ), 健康保険証及び薬剤情報提供書を持参してください。