

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
(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		生年月日	年 月 日
児童氏名		別		(年齢)	(歳 か月)
保育所等					
申込の理由 (家庭で保育が 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 ()				
利用希望期間 ※予約ではありません	年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 月 日 (日間) <input type="checkbox"/> 未定 (治るまで)				
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 ())				
利用登録申請	登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済 (年 月申請) <input type="checkbox"/> 未申請 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (変更)				
事業の利用状況	病児・病後児保育事業の利用は、 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 利用したことがある				

病気の症状等について 病名 (わかっている場合) [] 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 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。 (<input type="checkbox"/> 使用した。 <input type="checkbox"/> 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。

