

病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

築上町長 殿

住所 築上町大字

申請者

氏名

次のとおり病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな 児童氏名		生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)	性別 男・女	申請者との続柄	在籍保育所・小学校の名称
利用希望時間	申請時	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ()日間			
	変更時	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ()日間			
利用希望の理由		1、保護者の勤務の都合 2、傷病 3、事故 4、出産 5、冠婚葬祭 6、災害 7、学校等への公的行事 8、その他社会的にやむを得ない理由 ()			
通院病院	病院名		担当医師名		施設電話
主な症状等		1、病名(わかっている場合のみ記入) () 2、医師には(受診済み・未受診) 3、投薬を受けて(いる・いない) 4、常備薬を飲んで(いる・いない)		5、症状(あてはまるもの全てに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・便秘・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他()	
児童に対する留意点		1、食事の状況 (1)授乳時間・回数() (2)離乳状況(前期・中期・後期) (3)アトピー等による食事制限 () (4)その他()		2、既往歴 ・熱性けいれん:初回 歳 ヲ月 最後 歳 ヲ月 ・喘息:毎日 服薬(ある・ない・発作時のみ) 毎日 吸入(ある・ない・発作時のみ) ・その他の病気()	
保護者	氏名	父			自宅電話
		母			
	勤務先 (緊急連絡先)	父			勤務先電話
		母			勤務先電話
世帯状況		1. 市内に住所を有する者のうち、生活保護世帯 2. 市内に住所を有する者のうち、所得税非課税世帯(1を除く) 3. その他の世帯			
加入医療保険	記号	番号	保険者名		保険者番号