

## 国富町病児、病後児保育事業利用申請書

②

令和      年      月      日

住所

申請者氏名

印

電話

次のとおり国富町病児、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		性別	申請者との 続柄	保育所等の名称
		年      月      日 (満      歳      ヶ月)				
利用希望期間	申請時	令和      年      月      日 ～ 令和      年      月      日 (      ) 日間				
	変更後	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 出張      8 学校等の公的行事 9 その他社会的にやむ得ない理由 (      )				
通院病院	病院名		担当医師名		電 話	
					—	
主な症状等	1 病名 (わかっている場合のみ記入) (      )			5 症状 (あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに		
	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 )			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 ③ アトピー等による食事制限 (      ) ④ その他 (      )			2 健康状態 ① 既往歴 (      ) ② 出産時の状況 (      ) ③ その他 (      )		
	保 護 者	氏名	父			自宅電話
母					—	
勤務先名 (緊急連絡先)		父			勤務先電話	—
		母			勤務先電話	—
加入医療保険		記号	番号	保険者名		保険者番号