

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) () 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 その他 ()				
	児童に対する留意点	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