

病後児保育事業利用申請書

牧之原市長

申請者名

- 1 次のとおり、病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病後児保育事業の利用期間中は、実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病後児保育事業での対応が困難になり、実施施設が利用を不相当と認めた時は、病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者氏名		続柄	緊急連絡先（登録申請書と異なる場合に記入）		
			連絡先		
携帯電話 — —			電 話	()	
			連絡先		
携帯電話 — —			電 話	()	
児 童 氏 名		性別	生 年 月 日		
(ふりがな)			年 月 日生		
			(歳 か月)		
住所 (〒 —)		電 話 ()			
牧之原市					
通園施設等					
施設名又は小学校名					
電 話 ()					
かかりつけの医師					
医療機関名		電 話 ()		担当医師名	
利用期間	申請時 年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
利用時間	申請時 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分				
利用事由	就労 ・ 出産 ・ 病気等 ・ 介護 ・ その他 ()				
今回の病気 について	病 名			今朝の体温	℃
	現在の症状（当てはまるものに○をつけてください）				
	発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気				
	食欲低下 頭痛 めやに その他 ()				
	通園施設等欠席期間		年 月 日から (日間)		
処方薬を受けて (いる・いない)			市販薬を飲んで (いる・いない)		
給食について	給食・おやつ		依頼する ・ 依頼しない		
	食物アレルギー		有り ・ 無し		
備 考					

【添付書類】 診療情報提供連絡票（様式第3号）