

年 月 日

第4号様式（第11条関係）

知多市病児・病後児保育事業利用申請書

知多市長 様

保護者住所
氏名

次のとおり、保護者の都合（1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他（ ））のため、知多市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

事業実施者が必要と認めるときは、申込み時及び保育事業中に診療を受けることを承諾します。

なお、利用に当たっては、実施施設の指示に従い、事業実施者において児童の状態が変化して保育事業が困難と認めるとき、又は利用を不相当と認めるときは、利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行くことに同意します。

ふりがな 児童氏名			性別	男・女
児童生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）			
児童住所				
ふりがな 保護者氏名 (いない場合は-)	父	緊急連絡先	()	
	母	緊急連絡先	()	
利用日	年 月 日			
利用時刻	(開始予定時刻) 時 分 ~ (終了予定時刻) 時 分			
お迎えの方	ふりがな (※お迎えの方が変わる場合、必ずご連絡ください。) 氏名 続柄			
今回の病気の 状況について	病名：		今朝の体温 . 度	
	症状：		平熱 . 度	
	薬の状況： 処方薬		市販薬	
施設による昼食・おやつ の提供について	昼食： 希望する ・ 希望しない (※希望する場合、おやつを含み500円。弁当等の持参可。アレルギー対応食なし。) おやつ： 希望する ・ 希望しない			
明日・明後日 以降の利用予定	① 病状次第で利用したい ② 病状にかかわらず利用しない ③ 未定 ※利用を予定している保護者は、予約状況を必ず確認してください。			
食事の状況	① 全面介助 ② 一人で食べるがうまくできない ③ 一人で食べられる			
排泄の様子	① 全面介助 ② 一人でできるがうまくできない ③ 一人でできる			
その他 (行動の様子等注意点を具体的に記載)				

添付書類：病児・病後児保育事業診療情報提供書（処方箋が交付されている場合は、薬剤情報提供書を添付）

備考 病児・病後児保育を連続して利用できる期間は、1疾病につき原則7日間以内です。利用予定期間に関わらず、症状により、医療機関での再受診や診療情報提供書の再提出をお願いする場合があります。