

知多市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

知多市長 様

保護者 住 所

氏 名

印

登録番号

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、利用にあたっては、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（満 歳）			
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	()	
迎 え の 方 と そ の 予 定 時 刻	氏名	続柄	（※迎えの方が変わる場合、必ずご連絡ください。）	
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	
施設の昼食・おやつ の提供の有・無	昼食 有 ・ 無	（※有の場合、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。）		
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：診療情報提供書

（※処方箋が交付されている場合は、薬局で発行する薬剤情報提供書を添付してください。）