

病児保育利用申込書

年 月 日

施設長様

申込者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____
 電話 (自宅) _____

病児保育の利用について、次のとおり申し込みます。また、保育中の投薬を依頼します。

※ 太枠の中を記入して下さい。

児童氏名	フガナ.....	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	体重	kg	
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで「 」日間			
緊急連絡先	電話 - - ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
通園(通学)施設名	電話 - -			
主治医名	医療機関名、医師名等 電話 - -			
初診日	年 月 日			
児童を看護できない理由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 通学 6 その他 ()			
傷病名				
※	インフルエンザ、流行性耳下腺炎、咽頭結膜炎、マイコプラズマ感染症等は解熱後24時間経過している事			
その他	児童の体質(薬物アレルギー等)、くせ等心配なこと・配慮して欲しいこと、食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等)等を記入してください。			

【注意事項】

- この申込書に健康保険証及び病児保育利用連絡書を添付してください。なお、児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。
- 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、こども医療費受給資格者証も持参してください。
- 保育の継続が困難と受託施設で判断したときは、一旦受け入れた後に保育をお断りすることがあります。この場合は、速やかにお迎えに来てください。
- 利用時間を必ず守ってください。お迎えが遅れた時は、次回の利用をお断りすることがあります。

※実施施設記入欄

登録番号 _____

確認欄：生活保護受給の有無 有・無

受入日 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)