

土岐市病児・病後児保育利用申請書

土岐市長 様

申請者 住所

氏名

電話

土岐市病児・病後児保育事業について、次のとおり利用を申請します。

| | | | | |
|--------------------------------|--|--------------|-------|------------------|
| 登録番号 | 第 号 | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| ふりがな 児 童 氏 名 | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| | | 男・女 | | |
| 保護者氏名 | 児童との続柄 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 連絡先名称 | 児童との続柄 電話 | | |
| 保育所等名 | | | | |
| 利用希望期間 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () までの間の 日間 | | | |
| 利用希望時間 | 時 分 ~ 時 分 | | | |
| 看護できない理由 | 勤務・病気・出産・事故・その他 () | | | |
| 利用児の状況 | 1 病名 2 発症年月日(推定) 年 月 日 3 病状 治療中 ・ 回復期 (いずれかに○印) | | | |
| 児童の様態が変化した場合の対応 (該当する項目に○印) | 1 保護者が主治医に連れて行く。 2 病児・病後児保育実施施設が指定する医療機関で診察を受ける。 3 その他 () | | | |
| 緊急時の受診承諾 | 上記について2以外を選択しましたが緊急を要する場合は、実施施設が指定する医療機関への受診を承諾します。 署名(自書) | | | |
| かかりつけの医療機関 | | | | |
| アレルギー | 薬アレルギー なし・あり(薬剤) | | | |
| | 食物アレルギー なし・あり(食品) | | | |
| 生活保護 | 受給している ・ 受給していない (いずれかに○印) | | | |
| 多子世帯 | 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者を3人以上扶養する世帯に 該 当 ・ 非該当 (いずれかに○印) | | | |
| 病児・病後児保育利用 状況(月/日) | | | | |