様式第２号(第５条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

都城市長　宛て

住 　所

申請者　保護者氏名　　　　　　　　　　印

電　　 話

病児保育利用申込書

都城市病児・病後児保育事業を利用したいので次のとおり申請します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太線枠内のみ、記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | | | 男・女 | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　(　　　歳　　ヶ月) | | | | | |
| 通所保育所等名 | 保育所(園)・幼稚園・小学校 | | | | | |
| 利用日 | 年 　月 　日～　　 　年 　月 　日(　　)日間 | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | |
| 保護者勤務先 | 電話　　　― | | | | | |
| 勤務先住所 | 市･郡　　　　町･丁目 | | | | | |
| 健康保険被保険者番号 | 記号　　　　番号　　　　　　保険者番号 | | | | | |
| 今回の病気について | | | | | | |
| ・病名(必ずご記入ください)  (　　　　　　　　　　　　)  ・投薬を受けて(いる、いない)  ・常備薬を飲んで(いる、いない)  ・熱(　　　度)  ・薬持参(内服･吸入･点眼･点鼻･塗り薬)  ・いつから保育所等を休んでいますか。(　　月　　日から) | | | ・症状(あてはまるものすべてに○をしてください)  発熱、発疹、咳、鼻水、のどの痛み、腹痛、  ケイレン、下痢、吐き気、食欲低下、頭痛、  目やに、耳だれ(耳に手をもっていくと頭を振る等)、その他(　　　　　　 　　　)  ・昨夜の睡眠時間(　　　時～　　　時)  ・その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 対象児童における  注意点(注) |  | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | 1　氏名　　　　　　　　　　　(対象児童との続柄)  　 住所　　　　　　　　　　　　　　電話　　　― | | | | | |
| 2　氏名　　　　　　　　　　　(対象児童との続柄)  　 住所　　　　　　　　　　　　　　電話　　　― | | | | | |
| お迎えについて | (　　　)時頃に(　　　　　　)が迎えにきます。 | | | | | |
| (注)「対象児童における注意点」の欄については次の項目を記入してください。  1　食事の状況  (離乳の状況、アトピー等による  食事制限等)  2　健康状態  (既往症、出産時の状況、体質等) | | 年　　月　　日診断の結果、本児童は病児・病後児保育事業を利用することに差し支えありません。  医療機関名  電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

利用者の皆様へ（必ずご確認ください）

・病児保育では、はしか・O-157等の強い感染症はお預かりできません。

・希望人数と症状により、お預かりできない場合があります。また、症状が悪い場合や症状が悪化した場合には、施設の判断により、受け入れのお断りやお迎えをお願いすることがあります。