

大和高田市病児保育事業利用（変更）申請書

実施施設の長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 者 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

次のとおり大和高田市病児保育事業を利用（変更）したいので申請します。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

（ふ り が な） 児 童 氏 名		男・女	申請者との続柄 ( )	
生 年 月 日		年 月 日生		
所 属		保育所（園）・こども園・幼稚園・小学校		
利 用 す る 施 設 名				
利 用 す る 事 業 類 型 (該当する類型に☑)				
<input type="checkbox"/> 病児対応型 <input type="checkbox"/> 病後児対応型				
利 用 日 時	申 請 時	年 月 日 時 分	～	年 月 日 時 分
	変 更 時	年 月 日 時 分	～	年 月 日 時 分
利 用 料 世 帯 区 分 (該当する区分に☑)		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯
今 回 の 病 気 に つ い て		<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ小児科 ( )</li> <li>・病名 ( )</li> <li>・病状（あてはまるもの全てに○をしてください。）                発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・吐き気                食欲低下・頭痛・目やに・感染症回復期・外傷・その他 ( )</li> <li>・具体的な症状（上に○をつけた病状について詳細に記入してください。）                ( )</li> <li>・いつからこの症状が始まりましたか ( 月 日頃から)</li> <li>・食事の状況（授乳の時間及び回数、離乳の状況） ( )</li> <li>・食事制限の有無とその理由（あり・なし / )</li> <li>・投薬（あり・なし）</li> </ul> ※「あり」の場合、どんな薬か分かるもの（薬の連絡票等）を添付してください。 ・その他気になること ( )		
緊 急 時 連 絡 先		氏名	電話番号	児童との続柄
		勤務先名等	勤務先等電話番号	
迎 え に 来 ら れ る 方 (保護者と異なる場合)		氏名	児童との続柄	
		住所	電話番号	