

病児・病後児保育利用申込書

施設長 様

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

病児・病後児保育、送迎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。

児童氏名	フリガナ -----	性別	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 箇月)	体重	k g	
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで「 」日間			
緊急連絡先	(※確実に連絡がとれる電話番号)			
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				
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】

- 1 この申込書に健康保険証及び病児・病後児保育利用連絡書 (第6号様式) 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。
- 2 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。
- 3 保育の継続が困難と実施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。
- 4 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。
- 5 同意書の同意事項を守ってください。

※実施施設記入欄

登録番号 _____ 申込番号 _____ 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)

送迎利用日 _____ 年 月 日