

様式第2号（第9条関係）

瑞浪市病児・病後児保育利用申請書

瑞浪市長 様

申請者 住所
氏名
電話

印

瑞浪市病児・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 男・女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
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(字書)			
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)				