

病児等保育利用（登録）申請書

あわら市長 様

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

病児等保育を利用（登録）したいので次のとおり申請します。

該当するものにレ印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給対象者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等医療費助成対象者 <input type="checkbox"/> 第2子以降未就学児 <input type="checkbox"/> 多胎児第1子未就学児		
フリガナ			年 月 日生
利用児童氏名	男・女	生 年 月 日	( 歳 ヶ月)
保 険 証 記 号 番 号		発 行 機 関 名	
通園・通学先	施設名	電 話 番 号 (    -    -    )	
緊 急 連 絡 先	①氏名	続柄 (    )	電 話 番 号 (    -    -    )
	②氏名	続柄 (    )	電 話 番 号 (    -    -    )
利 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利 用 時 間	時 分 から 時 分 まで		
主 な 症 状 (○印をつけてください。)	発熱・咳・鼻づまり・発疹・喘息・目ヤニ・下痢・嘔吐・けいれん その他 (    )		
児 童 の 健 康 状 態 (○印をつけてください)	食欲：旺盛・普通・少食    睡眠状態：良い・普通・悪い    機嫌：良い・普通・悪い 便秘：良い・普通・悪い    その他 (    )		
予 防 接 種	ヒブ・肺炎球菌・BCG・3種混合・4種混合・ポリオ・麻しん風しん・麻しん・風しん・水痘 日本脳炎・ロタウイルス・おたふく風邪・B型肝炎・インフルエンザ (    年    月接種) その他 (    )		
既 往 歴	・熱性けいれん    歳 ヶ月    ・麻しん    歳 ヶ月    ・水ぼうそう    歳 ヶ月 ・風しん    歳 ヶ月    ・おたふく風邪    歳 ヶ月    ・突発性発疹    歳 ヶ月 ・喘息    歳 ヶ月    その他 (    )		
※体質、アレルギー、癖、常時内服している薬、その他配慮して欲しいこと又は心配なことについて具体的にお書きください。 [    ]			
同 意 事 項 ※署名をお願いします。	1. 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院で治療を行います。連絡がつかなかった場合でもこれを行うことに同意します。 2. (あわら市に住民登録のある方) 病児等保育事業の利用料算定のために、同一世帯員について生活保護の情報、市民税の情報、児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費等助成の情報、住民基本台帳の世帯情報を閲覧することに同意します。 3. (あわら市以外に住民登録のある方) 病児等保育利用料算定のために、この利用票の写しを住民登録のある広域利用締結市町長あてに提供することに同意します。 <div style="text-align: right;">保護者氏名 _____</div>		

委託医療機関記入欄

病 名	
指 示 事 項	内服薬 : あり ・ なし      隔離 : 要 ・ 不要
受 入 れ の 可 否	[ 可 ・ 否 ]      年 月 日 ~      年 月 日
指 定 医 署 名	