

神川町病後児保育利用申請書

年 月 日

(宛先) 神川町長

申込者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

電話(自宅) _____

神川町病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児童氏名			生年月日	年 月 日 (歳 月)	
利用希望期 間及び時間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		時 分 ~ 時 分		
緊急連絡先 (確実に連 絡が取れる ところ)	氏 名	(父・母・その他:)			
	電話番号				
疾患の状況	病 名			服 薬	あり・なし
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	いつから通院していますか (年 月 日)				
家庭での保 育が困難な 理由	勤務・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他()				
留 意 事 項	*児童の体質(アレルギー等)やくせ等の心配なこと、特に注意してほしいこと、食事の状況等を記入してください。				

※ この申込書に、健康保険証の写し、こども医療費受給資格証の写し及び診療情報提供書を必ず添付してください。

なお、児童の容態の急変により診察等を行うことがあることを、あらかじめ御了承ください。