様式２号

　年　　月　　日

高原町長　様

住 所　高原町大字

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電　　話

高原町病児・病後児保育事業利用申込書

高原町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太線枠内のみ、記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 男・女 | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生　(　　　歳　　か月) |
| 通所保育所等名 | 保育所(園)・認定こども園・小学校 |
| 利用日 | 　 年 　月 　日～　　 　年 　月 　日(　　)日間 |
| 保護者氏名 |  |
| 保護者勤務先 |  電話　　　― |
| 勤務先住所 | 　 |
| 今回の病気について |
| ・病名(必ず記入してください。)(　　　　　　　　　　　　)・投薬を受けて(いる、いない)・常備薬を飲んで(いる、いない)・熱(　　　度)・薬持参(内服･吸入･点眼･点鼻･塗り薬)・いつから保育所等を休んでいますか。(　　月　　日から) | ・症状(あてはまるものすべてに○をしてください)発熱、発疹、咳、鼻水、のどの痛み、腹痛、ケイレン、下痢、吐き気、食欲低下、頭痛、目やに、耳だれ(耳に手をもっていくと頭を振る等)、その他(　　　　　　 　　　)・昨夜の睡眠時間(　　　時～　　　時)・その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 対象児童における注意点(注) |  |
| 緊急時の連絡先 | 1　氏名　　　　　　　　　　　(対象児童との続柄)　 住所　　　　　　　　　　　携帯電話　　　－　　　－ |
| 2　氏名　　　　　　　　　　　(対象児童との続柄)　 住所　　　　　　　　　　　携帯電話　　　－　　　－ |
| お迎えについて | (　　　)時頃に(　　　　　　)が迎えにきます。 |
| (注)「対象児童における注意点」の欄については次の項目を記入してください。1　食事の状況(離乳の状況、アトピー等による食事制限等)2　健康状態(既往症、出産時の状況、体質等) |  　年　月　日診断の結果、本児童は病児・病後児保育事業を利用することに差し支えありません。医療機関名電話番号医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※施設処理欄【利用期間中の報告事項（病状、食事など）】

|  |
| --- |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |
| 　　月　　日 |