

病後児保育事業利用申込書

実施施設長 殿

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____

児童との続柄 ()

電話番号 - - _____

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)		性	男	生年月日	年 月 日
児童氏名		別	女	(年齢)	(歳 か月)
保育所等の名称	保育園・幼稚園・認定こども園・小学校				
申込みの理由 (家庭で保育できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用希望期間	年 月 日 ~				
児童の送迎	入所 (時間: 時 分頃) 連れてくる方の氏名: _____ 続柄 () 退所 (時間: 時 分頃) 迎えにくる方の氏名: _____ 続柄 ()				
利用登録申請	登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済 (年 月申請) <input type="checkbox"/> 未申請 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (変更)				

注 1 □欄については、該当項目にレ印を記入してください。

2 事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は、この申込書と病後児保育事業利用連絡票のほかに南種子町病後児保育事業利用登録申請書の写しを提出してください。

(裏面)

病後児保育事業利用申込書 (児童連絡事項記入欄)	
これまでにかかった病気	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 食物アレルギー 7. アトピー性皮膚炎 8. 熱性けいれん (回, 最後: 年 月 日, 座薬の指示 °C以上・無) 9. ぜん息及びぜん息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ, 吸入したこと 有・無) 10. その他 ()
おこしやすい病気	鼻出血 ・ 下痢 ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ ぜん息 ・ 鼻炎 中耳炎 ・ 脱臼 ・ その他 ()
入院歴	なし・あり (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月)
常時内服薬	なし・あり (内服薬の名称: 回数:)
食物アレルギー	あり (牛乳 ・ 卵 ・ 肉 ・ その他:)・なし
その他アレルギー	
その他	※上記の他に心配なこと, 配慮してほしいこと等ありましたら御記入ください。
(実施施設長の意見)	
<input type="checkbox"/> (1) 上記について, 利用を承諾する。 <input type="checkbox"/> (2) 上記について, 利用を不承諾とする。 (理由)	