

年 月 日

関市長 様

申請者（保護者）住 所

氏 名

電話番号

FAX 番号

関市病児・病後児保育事業利用申請書

関市病児・病後児保育事業を利用したいので、関市病児・病後児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申請します。

		登録番号			
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
児童氏名				(歳 ヶ月)	
看護できない理由	1.勤務 2.病気 3.出産 4.その他 ()				
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				
児童の状況	(1) 病名:				
	(2) 発症年月日(推定): 年 月 日				
	(3) 症状:				
	体 温	昨夜: °C (時)・今朝: °C (時)			
	機 嫌	良・普通・不良	食 欲	良・普通・不良	
	ぜん鳴(ゼイゼイ 又はゼロゼロ)	無・少々・有	せ き	無・少々・有	
	鼻 汁	無・少々・有	おう吐	無・有(回/日)	
	下 痢	無・有(回/日)	尿 量	普通・少ない	
	(4) 使用している薬: 無・有 (飲ませる時間:)				
食事の状況	(1) 朝食: 食べなかった ・食べた(午前 時頃 内容())				
	(2) 授乳: 飲んだ ml (時) ・飲んでいない(普段は1回 ml (時間ごと))				
お迎えの人	氏名 (児童との続柄)				
	電話 - -				
お迎えの時間	時 分頃				
注意事項					
1. 児童の体調が急変した場合は、お迎えをお願いいたしますので、必ず連絡がとれるようにしておいてください。					
2. 申請の際に、保険証等及び医療費受給者証を受託者に提示してください。					