

糸島市病児・病後児保育施設利用申請書

年 月 日

糸島市病児病後児保育施設

指定管理者 様

申請者

印

次のとおり、病児・病後児保育施設を利用したいので申込みます。
 なお、利用期間中は指定管理者の指示に従います。また児童の状態が変化して、病児・病後児保育施設での対応が困難になり、指定管理者が利用を不相当と認めるときは、施設利用の中止に同意します。

ふりがな お子さんの氏名			生年月日 年 月 日	年 月 日 歳 月
保 護 者	氏 名			
	住 所			
	勤務先		勤務先電話番号	
緊急連絡先	1 (氏名)	(続柄)	(電話)	— —
	2 (氏名)	(続柄)	(電話)	— —
利用日時	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時			
通院病医院名				
病 名 () お薬手帳・母子手帳・体 重 _____ Kg 現在の症状(あるものすべてに○をつけてください。) 発熱()℃、咳、鼻水、頭痛、嘔吐、下痢、腹痛、発疹 喘息発作、とびひ、めやに 便() 元気がない、食欲がない 解熱剤の使い方： 最後に解熱剤を使った時間 _____ 日 _____ 時 _____ °C				
食 事：常食 常食軟菜 全粥軟菜 離乳食 () ミルク：1回 () CC ~ () CC 最後に飲んだ時間 () 時 / 次回に飲む時間 () 時 と () 時 服 薬：不要 昼食前 昼食後 _____ 時 方 法：そのまま といて いやがる				
排 便	ひとりでできる	手助け	オムツ	排 尿
お迎えに来られる方と、その時間	母親・父親・その他(氏名: _____ 続柄: _____) 時 分頃			

※お迎えの時に、身分証明書を忘れずにお持ちください。

病児・病後児保育室の使用に係る使用料の減免を申請します。

減免申請事由(該当する項目に○をつけてください)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1 生活保護受給世帯 | 3 同一の日に2人以上の対象者が使用する世帯 |
| 2 直近年度分住民税非課税世帯 | |

【同意事項】

- ・保育にあたっては、感染症等に細心の注意を払いますが、他のお子様から病気がうつる可能性があります。
- ・感染力の強い病気又は症状の急変の可能性が高い場合は、ご利用をお断りすることもあります。