

住 所
申請者 保護者氏名
電 話

(※本人署名の場合、押印は不要)

病児・病後児保育利用申込書

都城市病児・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)・幼稚園・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	市・郡 町・丁目			
健康保険被保険者番号	記号	番号	保険者番号	
今回の病気について				
・病名(必ずご記入ください) () ・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	電話 —		
お迎えについて	2 氏名	(対象児童との続柄)		
	住所	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
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

(※本人署名の場合、押印は不要)

利用者の皆様へ(必ずご確認ください)

- ・病後児保育では、インフルエンザ・みずぼうそう・はしか・おたふくかぜ等の強い感染症はお預かりできません。
- ・希望人数と症状により、お預かりできない場合があります。また、症状が悪い場合や症状が悪化した場合には、施設の判断により、受け入れのお断りやお迎えをお願いすることがあります。