

(あて先)壬生町長

申請者 住所
(保護者)
氏名 (印)
(児童との続柄)

病児・病後児保育事業利用申請書

次のとおり病後児保育事業を利用したいので、主治医師の診療情報提供書を添付の上、申請します。

児童	住所	壬生町		児童の愛称	
	ふりがな 氏名	-----	男・女	年 月 日生 (歳 か月)	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで「 」日間				
児童の留意点					
在籍保育園等名 及び電話番号	()		主治医名及び 電話番号	()	
自宅電話番号	()		緊急連絡先	()	
保護者及び 家族欄	続柄	氏名	生年月日	勤務先	
			・	電話番号 ()	
			・	電話番号 ()	
			・	電話番号 ()	
			・	電話番号 ()	
お子さんの病気について(当てはまるものに○を付けてください。) ・ 症状 発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他() ・ いつからこの症状が始まりましたか。 月 日から ・ 投薬を受けていますか。 (いる ・ いない) ・ 常備薬を飲んでいますか。 (いる ・ いない) ・ その他 食事の状況(離乳の状況、食事制限、アレルギーのための除去食等)、体質、くせ等心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー、既往歴等) []					
予防接種について(接種済に○をつけてください) ・BCG ・三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風 ・麻しん風しん混合(MR) ・麻しん(単独) ・風しん(単独) ・日本脳炎 ・ポリオ ・その他()					
利用の理由	1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等の公的行事 9 その他社会的にやむを得ない理由()				
※世帯状況	1 生活保護世帯 2 町民税非課税世帯 3 その他の世帯				
記入上の注意	1 利用期間は、原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 児童の留意点は、特異な性格や性質、あるいは癖などを記入してください。 3 利用の理由は該当するところに○を付し、その他は明確、詳細に記入してください。 4 緊急連絡先は、役場及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号を記入してください。				

※生活保護世帯又は町民税非課税世帯に該当する方は、裏面の同意書もご記入ください。

(裏)

同 意 書

病児・病後児保育事業の利用料確認のため、私の世帯の課税状況について調査することに同意します。

壬生町長 あて

年 月 日

住 所

保護者氏名

印

※ 認定欄(記入不要です。)

費用

該 当	利 用 者 の 世 帯 区 分	日 額
<input type="checkbox"/>	1 生活保護世帯	0円
<input type="checkbox"/>	2 町民税非課税世帯	500円
<input type="checkbox"/>	3 その他の世帯	2,000円

※飲食物費は実費負担

※健康保険による診察料は別途負担