

病児保育事業利用申請書

年 月 日

足利市長 あて

申請者 住所 足利市
(保護者)
氏名

病児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな	----- 男		生年	年	月	日生	お子さんの愛称 -----
児童氏名	----- 女		月日	(歳	か月)		
利用期間	年 月 日から		年 月 日まで		()日間		
保育所(園)等	TEL		かかりつけ医	TEL			
自宅電話	()		緊急連絡先	TEL			
保護者欄	続柄	氏名	勤務先等				
			TEL				
			TEL				
			TEL				
<p>1 お子さんの病気について</p> <p>(1) 症状 (あてはまるものに○をつけてください) 発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 ()</p> <p>(2) いつからこの症状が始まりましたか _____月_____日から</p> <p>(3) 投薬をうけていますか はい (薬の種類) いいえ</p> <p>2 食事について (離乳食の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等)</p> <p>()</p> <p>3 体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと (薬物アレルギー・既往症等)</p> <p>()</p>							
児童を看護できない理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 ()						
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. その他の世帯						
※ 生活保護世帯、市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							
施設名							

同 意 書

足利市病児保育事業利用の申請に当り、利用料確認のため、私の世帯の課税状況等について調査することに同意します。

足 利 市 長 様

年 月 日

住 所 足利市

保護者氏名

※ 認定蘭（記入不要）

	利用者の世帯区分
<input type="checkbox"/>	1. 生活保護世帯
<input type="checkbox"/>	2. 市民税非課税世帯
<input type="checkbox"/>	3. その他の世帯