

病児・病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

吉富町長 様

住 所
保護者氏名 (印)
電 話 番 号
(登録番号)

児童の症状を把握した上で、病児・病後児保育事業の利用申請をします。
なお、症状の変化に伴ない、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

(ふりがな) 児童氏名	男 ・ 女 愛称 ()	生年月日 年 月 日生 歳 か月
通っている 施設等名称		お迎え予定者
家庭保育が 困難な理由	保護者の状態 就労 傷病 事故 出産 冠婚葬祭 その他 ()	
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
緊 急 時 の 連 絡 先	連絡者名 連絡先	児童との続柄 電話番号
	連絡者名 連絡先	児童との続柄 電話番号
症状（病名等）		
経過（検査内容等）		
治療（処方内容）	食前・食後・()時・その他 ()	
安静	特に制限なし・安静・その他 ()	
食べ物	特に制限なし・絶食・その他 () (昼食持参・給食の提供を希望(実費負担))	
その他の留意事項		

連 絡 票

児童氏名 男・女 年 月 日生 (歳 か月)	
年 月 日診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。	
診断医療機関名 及び電話番号	診断医師署名 (印)

※太枠は医師が記載してください。