病後児等保育利用申込書

年　　月　　日

　　　鷹栖町長　谷　寿男　様

住所

保護者

氏名

　　病後児等保育を希望しますので、次のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児童氏名 | （　　　　　　　　　　　　　） | 男 | 生年月日 | 年　 月　 日生(　 歳　 箇月) |
| 女 |
| 児童住所 |  | | | |
| 申込理由 | □就労　□傷病　□事故　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日の（　　）日間 | | | |
| 利用希望時間 | 午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　　分 | | | |
| 給食の希望 | □希望する　□希望しない　□弁当持参 | | | |
| 児童の送迎 | 入所（入所時間　：　　時　　分頃　連れて来る方の氏名：　　　　　続柄：　　　）  退所（お迎え時間：　　時　　分頃　連れて来る方の氏名：　　　　　続柄：　　　） | | | |
| 緊急時の  連絡先 | ①　氏名（　　　　　続柄　　）携帯電話又は勤務先（　　　　　　　　　　　　　　）  ②　氏名（　　　　　続柄　　）携帯電話又は勤務先（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 児童の  症状 | ①　病名（　　　　　　　）←（かかりつけ医からの連絡書の病名を記入してください）  ②　保育所等をいつから休んでいますか（　　　　年　　月　　日）  ③　今朝の体温（　　　　　℃）　　検温時間　　　　　時　　分  ④　現在の症状　□発熱　□発疹　□せき　□鼻水　□のどの痛み　□腹痛  　　　　　　　　□下痢　□嘔吐　□吐き気　□食欲低下　□頭痛　□痙攣  　　　　　　　　□めやに　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤　薬の服薬を希望しますか（□する□しない）  　　　　（希望される場合は下記に記入してください）  　・服薬はしていますか（□している□していない）  　　　　薬の名前（　　　　）最後に服薬したのはいつですか（　　月　　日　　時頃）  　・解熱剤は使用しましたか（□した□していない）  　　　　最後に服薬したのはいつですか（　　月　　日　　時頃）  ⑥　下痢をしている場合　　　便の状態（□軟便□泥状□水様□粘膜様□血便□その他）  　　　　　　　　　　　　　　最後にしたのはいつですか（　　月　　日　　時頃）  ⑦　水分は取れていますか（□取れている□取れていない）  ⑧　昨夜はよく眠れていましたか（□眠れた□眠れなかった） | | | |
| 添付書類 | □連絡書　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

　病後児等保育利用料等の減免申込み

　　　□次のとおり病後児等保育利用料等の減免の申込みを希望します。（理由；生活保護世帯のため）

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　保護者氏名