

年 月 日

(宛先)
吉川市長

申請者(保護者)氏名_____

病児・病後児保育事業を利用したいので、吉川市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により次のとおり申請します。

※病児・病後児保育を利用する際に、記入してお持ちください。
※受診結果(病名等)に変更がある場合は、改めて申請が必要となります。

ふりがな 児童氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 月)
住 所			登録番号
緊急連絡先1	氏 名	続柄()	勤務先
	電 話		電 話
緊急連絡先2	氏 名	続柄()	勤務先
	電 話		電 話
保護者の都合	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他()		
お迎え予定時間	時 分頃	お迎え予定の方	
明日の利用	<input type="checkbox"/> 病状によっては利用したい <input type="checkbox"/> 病状に関わらず利用しない		

○昨日から今朝までのお子さんの様子についてお答えください。

病 名		受診医療機関名	
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ぜい鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー) <input type="checkbox"/> その他()		
体 温	昨夜_____℃ 今朝_____℃ 平熱_____℃	解熱剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
睡 眠	(就寝) _____時_____分頃から(起床) _____時_____分頃まで 睡眠時の様子()		
食 事	朝食	<input type="checkbox"/> _____時頃食べた(食事内容:) <input type="checkbox"/> 食べていない	
	食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保育中のミルクの予定時間
排せつ	最後に排せつした時間	尿 _____時頃 便 _____日_____時頃	便の状態 固さ <input type="checkbox"/> 固 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様 量 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 少 色 _____色

<p>その他</p>	<p>○そのほか、昨日から今朝までの様子を教えてください。(症状)</p> <p>○現在の体重を教えてください。 体重_____ k g</p> <p>○いつものお昼寝の時間を教えてください。 _____ 時頃から _____ 時間位</p> <p>○これまでに熱性けいれんはありますか。 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後のけいれんは _____ 歳 _____ 月 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>○アレルギー食はありますか。 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 除去食 (_____) <input type="checkbox"/> 無</p> <p>○オムツとトイレの状況 <input type="checkbox"/> 常時オムツ <input type="checkbox"/> お昼寝のみオムツ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツは使用していない</p>
<p>利用料の免除</p>	<p>○「病児・病後児保育利用料免除適用通知書」をお持ちですか。(※) <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている ⇒ 実施施設へ提示することで利用料の免除を受けることができます。</p>

※ 以下のいずれかに該当する場合に、あらかじめ市にご申請いただくことで利用料の免除を受けることができます。

- ・生活保護世帯
- ・市町村民税非課税世帯
- ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定する支援給付の受給者

<p>※施設長確認欄</p> <p><input type="checkbox"/> 病児・病後児保育に支障がないことを確認しました。(通常利用期間)</p> <p><input type="checkbox"/> 病児・病後児保育を以下のとおり延長します。(利用期間延長)</p> <p>1. 延長する期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () から _____ 年 _____ 月 _____ 日 () までの _____ 日間</p> <p>2. 延長を必要とする理由 <input type="checkbox"/> 症状と保護者の希望による <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">施設長氏名</p>	
---	--