

## 様式第 3 号(第 8 条関係)

## 山北町病児保育事業利用申請書

山北町長 様

|                |       |
|----------------|-------|
| 申請日(利用日)       | 年 月 日 |
| 住 所            |       |
| 申請者氏名<br>(保護者) | ㊞     |

病児保育事業を利用したいので、利用の申請をします。また、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

|                     |        |      |      |       |   |
|---------------------|--------|------|------|-------|---|
| 児 童                 | (フリガナ) | 生年月日 |      | 年 月 日 |   |
|                     | 氏名     | 性別   | 男・女  | 年齢    | 歳 |
| 緊急連絡先<br>(勤務先・携帯電話) |        | 名称   | 電話番号 |       |   |
|                     |        | 名称   | 電話番号 |       |   |
|                     |        | 名称   | 電話番号 |       |   |

|                  |                              |             |            |
|------------------|------------------------------|-------------|------------|
| 利用事由<br>(保護者の状況) | 就労 ・ 出産 ・ 病気等 ・ 介護<br>その他( ) |             |            |
| お迎え<br>予定時間      | 午前 時 分頃<br>午後                | お迎えに<br>来る人 | 父・母・その他( ) |

|                   |       |      |      |
|-------------------|-------|------|------|
| 主 治 医<br>(かかりつけ医) | 医療機関名 | 担当医師 | 電話番号 |
|                   |       |      |      |

|              |  |
|--------------|--|
| 入室までの<br>経 過 |  |
|--------------|--|

※初日の利用の方は発症から、2 日目以降の方は昨夜からの様子を記入してください。

|         |          |
|---------|----------|
| 食物アレルギー | 有( ) ・ 無 |
|---------|----------|

|                  |              |
|------------------|--------------|
| お 薬<br>(処方薬に限る。) | 依頼する ・ 依頼しない |
|------------------|--------------|

※処方薬に関する情報提供書類をお持ちの方は添付してください。