

病後児保育事業利用申請書

<p>(宛先) えびの市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>次のとおりえびの市病後児保育事業の利用を申請します。 なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報をご職及び実施施設が利用することについて、承諾します。</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 電話 緊急連絡先</p> <p style="text-align: right;">印</p>		
(フリガナ) 児童氏名	生年月日・年齢	性別
	年 月 日生 (歳 か月)	男・女
入所保育所・学校等	利用日時	
	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで	
利用を希望する理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等の行事 9 その他()	
病気の症状	病名(わかっている場合)	
	主な症状	発熱 下痢 嘔吐 せき 発しん 湿しん その他()
	症状開始時期	年 月 日ごろから
かかりつけの医療機関名	電話	

----- 医療機関記入欄 -----

病名	
安静度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、静かな遊びは可) 4 室内安静(他の児童と室内で普通に遊んでよい。)
<p>実施施設長 様</p> <p>上記のとおり病後児保育事業の対象として差し支えないと診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

※ 診断に係る費用は、申請者の負担となります。