

東近江市病児保育室利用許可申請書

令和 年 月 日

東近江市長 様

申請者氏名

東近江市病児保育室の利用をしたいので次のとおり申請します。利用期間中は病児保育室の指示に従います。また、児童の体調の変化により病児保育室の利用が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施すことに同意します。

フリガナ 児童氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	(〒 -) 東近江市		保育園等 名称	
緊急連絡先	①	氏名 (続柄) (電話番号)		
	②	氏名 (続柄) (電話番号)		
利用申込期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
児童の状況 (わかる範囲でご記入ください。)	①病 名 ②主な症状 発熱 (℃) ・ 下痢 ・ 嘔吐 鼻水 ・ せき ・ 発疹 ・ 湿疹 その他 (具体的に) ③服薬の有無 無 ・ 有 (薬品名)			
かかりつけの 医療機関名等	医療機関名 今回の病気での受診 受診した ・ 受診していない			
家庭で保育が できない理由	勤務の都合 ・ その他 ()			

※母子健康手帳、健康保険証、乳幼児医療費受給券及びお薬手帳を添えて申請してください。

※以下は記入しないでください。

登録番号				
使用料 納付状況	金額	領収日	領収印	備考
	円	令和 年 月 日		月 日利用分
	円	令和 年 月 日		月 日利用分
	円	令和 年 月 日		月 日利用分
	円	令和 年 月 日		月 日利用分
	円	令和 年 月 日		月 日利用分