

岩国市病児保育事業利用申請書

		年	月	日
(宛先) 岩国市長 病児保育事業の実施施設長 様	利用(予定)日	年	月	日
	～	年	月	日
申請者住所	緊急連絡先 1	続柄()		
申請者氏名	緊急連絡先 2	続柄()		
(保育中に必ず連絡がとれる番号を記入してください。)				

※ 保育体制により、翌日以降の利用について、ご希望に添えない場合もあります。

次のとおり、病児保育事業を利用したいので、申請します。

ふ り が な		性別	申請者との
児 童 氏 名		男 ・ 女	続 柄
生 年 月 日	年 月 日 生	(歳 か月)	
通 園 (学) 施 設 名	保育園 ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校		
今 回 の 病 気	症 状	あてはまる症状すべてに○をしてください。 発熱 (度 分) ・ 発疹 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ けいれん ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲低 ・ 頭痛 ・ めやに ・ 感染症回復期 ・ 外傷 ・ その他 () 症状が始まった時期 (月 日頃から)	
	受診状況	受診日 (年 月 日) 病院名 ()	
	薬	●薬を飲んで (いる ・ いない) 薬名 () (最後に飲んだ時間 : AM ・ PM 時 分) ●解熱剤 (とんぷく ・ 坐薬) を (使用した ・ 使用していない) (最後に使用した時間 : AM ・ PM 時 分)	
	朝 食	食べた(時間 : 時 分) ・ 食べていない	
	昨 夜 の 睡 眠	時 分 ～ 時 分 眠れた ・ 時々起きた ・ 眠れなかった	
	食事制限の有無	あり ・ なし	
特に心配なことがありま したら、記入してくださ い。			
家庭で育児できない理由	勤務 ・ 冠婚葬祭 ・ 出産 ・ 病気 ・ その他 ()		
迎えに来られる方 (申請者と異なる場合)	氏名	児童との続柄	
	住所	電話	

- お薬手帳又は処方箋のとおり、病児保育事業の実施施設長(職員を含む。)が投薬することに同意します。

同意します。

☒をしてください。
- 熱が(度 分)になった場合、連絡してください。

 (連絡が必要な場合、☒をしてください。)

※ 生活保護世帯の方は、生活保護を受給していることを証するものの写しを添付してください。

施設記入欄	※世帯区分	生活保護世帯	市民税非課税世帯	市民税均等割のみ課税世帯	市民税課税世帯
-------	-------	--------	----------	--------------	---------