第２号様式（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

病後児保育事業利用申込書

　　実施施設長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄（　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－

　　病後児保育事業の利用について，次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性  別 | 男  ・  女 | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  （　　　歳　　　か月） |
| 児童氏名 |  |
| 保育所等の名称 | 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校 | | | | |
| 申込みの理由  （家庭で保育できない理由） | □就労　　□傷病　　□事故　　□出産　　□冠婚葬祭  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日の（　　　）日間 | | | | |
| 児童の送迎 | 入所（時間：　　時　　分頃），連れてくる方の氏名:　　　　　　　　　続柄（　　）  退所（時間：　　時　　分頃），迎えにくる方の氏名:　　　　　　　　　続柄（　　） | | | | |
| 利用登録申請 | 登録申請　　　　□申請済（　　年　　月申請）　　□未申請  登録内容の変更　□無し　　□有り（変更　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者連絡先 | | | | | | | | | | |
| （ふりがな） |  | | | | 続柄  （　　） | | 勤務先名 |  | | |
| 保護者氏名 |  | | | | 携帯番号 | －　　　　－ | | |
| （ふりがな） |  | | | | 続柄  （　　） | | 勤務先名 |  | | |
| 保護者氏名 |  | | | | 携帯番号 | －　　　　－ | | |
| 家族構成（利用児童・保護者を除く。） | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 年齢 | | | 氏名 | | | 続柄 | 年齢 |
|  | |  |  | | |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  | | |  |  |
| 保護者以外連絡先（※保護者に連絡がつかない場合の連絡先） | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 続柄（　　） | | | 電話番号 | －　　　　－ | | |
| 氏名 |  | | | 続柄（　　） | | | 電話番号 | －　　　　－ | | |

　注　１　□欄については，該当項目にレ印を記入してください。

　　　２　事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は，この申込書と病後児保育事業利用連絡票のほかに中種子町病後児

保育事業利用登録申請書の写しを提出してください。

　　　３　記名押印に代えて署名することができます。

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 病後児保育事業利用申込書（児童連絡事項記入欄） | |
| これまでにかかった  病気 | 1.突発性発しん　2.はしか　3.風しん　4.水ぼうそう　5.おたふくかぜ  6.食物アレルギー　7.アトピー性皮膚炎  8.熱性けいれん（　　回，最後:　　年　月　日，座薬の指示　℃以上･無）  9.ぜん息及びぜん息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ，吸入したこと　有・無）  10.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| おこしやすい病気 | 鼻出血　・　下痢　・　じんましん　・　アトピー性皮膚炎　・　ぜん息　・　鼻炎  中耳炎　・　脱臼　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院歴 | なし・あり　　　（病名：　　　　　　　　　　　　歳　か月）  （病名：　　　　　　　　　 　歳　か月）（病名：　　　　　　　　 　歳　か月） |
| 常時内服薬 | なし・あり（内服薬の名前：　　　　　　　　　　　　　　　　回数：　　　） |
| 食物  アレルギー | あり（　牛乳　・　卵　・　肉　・その他：　　　　　　　　　　　　　　　）・なし |
| その他  アレルギー |  |
| その他 | ※上記の他に心配なこと，配慮してほしいこと等ありましたら御記入ください。 |
| （実施施設長の意見）  □⑴　上記について，利用を承諾する。  □⑵　上記について，利用を不承諾とする。  　（理由） | |