

第2号様式(第8条関係)

病児・病後児保育利用申込書

(宛先)
戸田市長

年 月 日

申込者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____ 印 _____
電話 (自宅) _____

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申し込みます。また、保育中の投薬を依頼します。
※ 太枠の中を記入して下さい。

児童氏名	<small>フリガナ</small> -----	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 箇月)	体 重	k g	
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで「 」日間			
緊急連絡先	電話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
小学校幼稚園 及び保育園等名	電話 _____			
主治医名	医療機関名、医師名等 電話 _____			
初診日	年 月 日			
児童を看護 できない理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 通学 6. その他 ()			
傷病名				
その他	児童の体質 (薬物アレルギー等)、くせ等心配な事・配慮して欲しい事、食事の状況 (離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等) 等を記入してください。			
担当医確認欄 上記児童は病児・病後児保育に支障ないことを証する。 担当医師名 _____ 印 _____				

【注意事項】

- この申込書に健康保険証及び病児・病後児保育利用連絡書(第9号様式)を添付してください。なお、児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。
- 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、受給者証も持参してください。
- 保育の継続が困難と受託施設で判断したときは、一旦受け入れた後に保育をお断りすることがあります。この場合は速やかにお迎えに来てください。
- 利用時間を必ず守ってください。お迎えが遅れた時は、次回の利用をお断りすることがあります。
- 医療機関において、病児・病後児保育を実施している場合は、担当医確認欄に証明を受けてください。

登録番号 _____ 確認欄：生活保護受給の有無 有 ・ 無