

宮崎市病児保育事業利用申込書兼同意書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿
(病児保育施設 施設長殿)

申請者 住所
氏名

※氏名は申請者ご自身が自署してください。

次のとおり病児保育事業を利用したいので申し込みます。

また、今回の利用に係る利用者負担金助成分を利用施設が受領することについて、同意します。

ふりがな 児童氏名		生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)		申請者との 続柄	保育所等の名称
利用施設					
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間				
実利用期間 (※施設記入)	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間				
利用希望の理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校等への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない理由 ()				
通院病院	病院名		担当医師名		施設電話
主な症状等	1. 病名 (わかっている場合のみ記入) () 2. 医師には (受診済み・未受診) 3. 投薬を受けて (いる・いない) 4. 常備薬を飲んで (いる・いない)		5. 症状 (あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・痙攣・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他 ()		
児童に対する留意点	1. 授乳時間・回数 () 2. 離乳状況 () 3. アトピー等による食事制限 () 4. その他気になることがあればご記入下さい。 ()				
緊急連絡先	①	氏名	児童との続柄	連絡先	
	②	氏名	児童との続柄	連絡先	
世帯状況	1. 生活保護法による被保護者世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 1, 2以外の世帯				