三沢市病児病後児保育事業利用申請書

申請者（保護者）
住　所
連絡先
氏　名　　印

次のとおり、病児病後児保育事業を利用したいので、利用連絡票を添えて、申請いたします。

児童	氏　名		男・女	平成・令和　年　月　日生（　歳　ヶ月）
	住　所			
	利用期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで　日間		
健康保険証	種　類	社保　・　国保　・　共済　・　船員　・　その他（　）		
	ふりがな 被保険者氏名			
	記号・番号	記号　番号		
	事業所名			
緊急連絡先	※申請者以外の方を記入してください。 第１連絡先（　）　児童との関係（　） 電話番号　（　）			
	第２連絡先（　）　児童との関係（　） 電話番号　（　）			

お子さんの今回の症状について、当てはまるものに〇をつけ、必要事項を記入してください。

発熱　℃（平熱　℃）　発疹　せき　のどの痛み　頭痛　腹痛

喘息発作　鼻水　おう吐　下痢　けいれん　食欲低下　目やに　とびひ

その他（　）

今回の症状は、いつから始まりましたか。

今回診察を受け、医師から聞いた病名を記入してください。

今回医師から薬が処方されましたか。

・処方された　（※処方内容は、利用連絡票のとおり）

・処方されない

今回の利用希望の理由について、当てはまるものに〇をつけてください。
※保護者以外の同居の家族についても回答してください。

１．勤務の都合　２．就学　３．職業訓練校　４．傷病　５．事故　６．出産

７．災害　８．冠婚葬祭　９．学校等への公的行事　１０．その他（　）