様式第１号

さくら市病後児保育事業利用申請書

　　　年　　　月　　　日

　　さくら市長　様

申請者　住　所　さくら市

（保護者）氏　名

病後児保育事業の利用について，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |  年　　月　　日 |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 現在通う小学校・保育所等の名称 |  |
| 児童を看護できない理由（あてはまるものに○） | １．保護者の勤務の都合　２．保護者の傷病　３．冠婚葬祭　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望保育所（該当に○） |  | 矢板市　　ぴっころ保育園 |
|  | 高根沢町　こばと保育園 |
| 利用希望期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　　　月　　日まで　「　　　」日間時　　分　　　～　　　　時　　　　分　　　まで　「　　　」時間 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　護　者 | 氏名 |  | 続柄 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 携帯 |  |
| 勤務先 | 電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯区分　＊ | １．生活保護世帯　２．市民税非課税世帯　３．その他の世帯 |

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  |
| 医療機関連絡先 |  |
| 主な症状 | １．病名（　　　　　　　　　　）２．投薬を受けて（いる　　　　　　　　・いない）３．常備薬を飲んで（いる　　　　　　　　・いない） | ４．症状（あてはまるものすべてに○）発熱・発疹・咳・のどの痛み・鼻水・腹痛・下痢・けいれん・吐き気・食欲低下・頭痛・目やにその他（　　　　　　　　　　　　） |
| 児童に対する留意点 | 既往歴 | １．熱性けいれん：初回　　　　歳　　　　月　　　　　　　　　最後　　　　歳　　　　月（これまでに　　　　回）２．ぜんそく：服薬（毎日・発作時のみ・ない）　　　　　　　吸入（毎日・発作時のみ・ない）３．その他（体質やくせなど心配なこと，配慮してほしいこと）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 予防接種 | （接種済に○）BCG、三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）、麻しん風しん混合（MR）、麻しん（単独）風しん（単独）、日本脳炎、ポリオ、その他（　　　　　　　　　） |
| 食事の状況 | １．離乳の状況　授乳時間・回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　）２．離乳状況・回数（前期・中期・後期）３．食事制限（アレルギーによる食事制限等）（　　　　　　　　　　　　）４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同　意　書私は、病後児保育事業を利用するに当たり、下記の事項について同意します。１　保育中に病状の変化があったときの対応について・保育中に病状が急変する等、緊急を要する事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。・保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続が出来ない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるために迎えに来ること。２　保育中の病状の急変に対し実施される医療行為を了承すること。３　世帯区分把握のため、さくら市が世帯の課税状況を調査し、結果を施設へ通知すること。　　年　　月　　日住　　　所　　さくら市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |