

(別記様式第1号 (第8条関係))

矢板市病後児保育事業利用申請書

年 月 日

矢板市長 様

(申請者)

住所

氏名

印

次のとおり、矢板市病後児保育事業を利用したいので申請します。

費用負担額決定のため、必要があるときは、住民税の課税状況につき税務関係機関に報告を求め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)		性別  男 ・ 女	申請者との続柄	現在通う小学校・保育所等の名称
利用希望 期 間	申請時 変更時	年 月 日～ 年 月 日( )日間		年 月 日( )日間		
家庭で育児を行うことが困難な理由	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( )					
通院病院	病院名	担当医師名		病院電話番号		
				—		
				—		
主な症状等	1 病名 ( ) 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 病状(あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・けいれん・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	食事の状況 1 授乳時間・回数( ) 2 離乳状況・回数(前期・中期・後期) 3 アトピー等による食事制限 ( ) 4 その他( )		既往歴 1 熱性けいれん：初回 歳 か月 最後 歳 か月 (これまでに 回) 2 喘息：服薬(毎日ある・発作時のみ・ない) 吸入(毎日ある・発作時のみ・ない) 3 その他の病気( )			
保護者	氏 名	続柄		自宅電話	—	
	勤務先 (緊急連絡先)	続柄		勤務先電話	—	
				勤務先電話	—	
世帯状況	1 生活保護法による被保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯					
加入医療保険	記号	番号	保険者名	保険者番号		