

大和町病後児保育施設利用申請書

年 月 日

大 和 町 長 あて

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 _____

次のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、許可を受けた期間中は実施施設の指示に従います。

フリガナ 対象児氏名		男 女	生 年 月 日	年 月 日 歳
フリガナ 保護者名			勤 務 先	事業所名： 所在地： TEL：
緊 急 時 の 連 絡 先	①氏名 (対象児との続柄) TEL 住所 ②氏名 (対象児との続柄) TEL 住所			
利 用 期 間	年 月 日～ 年 月 日 ()日間			
階 層 区 分	☐ 生活保護世帯（受給証写し添付） ・ ☐ 生活保護世帯以外の世帯			
病 気 の 経 過	・病名 () ・いつから保育所等を休んでいますか (年 月 日から) ・薬は飲んでいますか 服薬 (あり なし) ・あてはまる症状に○をしてください 発熱 (℃) 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 けいれん 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 ()			
かかりつけ医	病院名： 医師名： TEL			
栄 養 方 法	授乳中（母乳 ・ 人工 ・ 混合 1回 cc × 回） 離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯ぐきでつぶせる・歯でかめる 回） 普通食			
食 事 状 況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる（はし スプーン）			
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由			
排 泄	①おむつ（排泄教える 教えない） ②時々おもらし ③自立			
注 意 事 項	その他、特に注意する点があればお書きください。 ()			

※申請の際は、母子健康手帳、利用児童の個人番号カードまたは資格確認書をご持参ください。