様式第５号（第４条関係）

大和町病後児保育施設利用申請書

　　　　　　　年　　月　　日

　　大　和　町　長　　殿

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 | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　歳 |
|  | 女 |
| 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)　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL②氏名　　　　　　　　　　(対象児との続柄)　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 利用期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 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)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，利用児童の健康保険証をご持参ください。