

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 _____ 印
 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 女 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) 住所 TEL ②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	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯（受給証写し添付） ・ <input type="checkbox"/> 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(°C) 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。