様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

恵那市長　　　様

住所　（〒　　　　　　）

保護者氏名

恵那市病児保育所利用申請書

病児保育所の利用を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 | （男・女） | 生年月日 |  　年　　月　　日（　 　歳　 　か月） |
| 通園・通学先 | なし・あり（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | １番 | ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　児童との続柄電話番号（携帯・勤務先・その他）連絡先名称（会社名等）　　　　　　　　　 |
| ２番 | ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　児童との続柄電話番号（携帯・勤務先・その他）　　連絡先名称（会社名等）　　　　　　　　　　　 |
| 迎えに来る方 | ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄 |
| 利用希望期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日の間の（　日間）　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 利用の理由 | 勤務・傷病・介護・看護・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 | □麻しん（はしか）　□水痘（水ぼうそう）　□結核　□風しん 　□肺炎　　　□突発性発疹　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□百日咳　□喘息□アトピー性皮膚炎　□りんご病□熱性けいれん（今までに　　　回　最終：　　　年　　　月　　　日）□その他の大きな病気やケガ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 原因・症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）薬：なし・あり（内服薬・とん服薬・エピペン・その他　　　　　　　） |
| その他心配なこと、配慮してほしいこと |
|

|  |
| --- |
| 承諾書 市で保管する住民記録情報、生活保護受給の確認について、利用料決定のため市長が利用することに同意致します。 また、症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診し、保護者が費用を負担することを承諾します。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名　　　　　　　　　 |

 |