

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	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今までに 回 最終: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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			
<p>承諾書</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">保護者署名</p>			