

様式第3号 (第9関係)

病児保育事業利用申込書

年 月 日

一関市長 様
(受託事業者 様)

申請者住所 _____
氏名 _____

一関市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。利用期間中は、施設の指示に従います。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名		男・女	申請者との続柄	
通所施設	保育所(園)・こども園・幼稚園・小規模・家庭的・小学校		連絡先	— —
利用を希望する日時	年 月 日 時 分～ 時 分			
家庭で保育を行うことが困難である理由(当てはまるものに○)	続柄	就労、妊娠・出産、疾病・障害、介護・看護、その他()		
	続柄	就労、妊娠・出産、疾病・障害、介護・看護、その他()		
利用料区分(該当に○)	市町村民税課税世帯	市町村民税非課税世帯	生活保護世帯等	ひとり親世帯 障害児(者)世帯
今回の病気について	医療機関名			
	病名			
	症状(当てはまる症状すべてに○)	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・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期(月 日頃から)		
	食事の状況(授乳の時間・回数、離乳の状況など)			
	食事制限の有無及び理由	なし・あり()		
	与薬	なし・あり()		
	その他			
緊急連絡先	氏名:	続柄:	氏名:	続柄:
	電話番号:	電話番号:		
お迎えにくる方	氏名:	続柄:		

※ 「利用料区分」欄の市町村民税非課税世帯、生活保護世帯等、ひとり親世帯、障害児(者)世帯に該当する場合は、証明書等を添付してください。