

せいか保育園 園長 様

申請者 住 所：
氏 名：
電話番号： () ⑩

| | | | | |
|--------------|----------------------|-------|------|--------|
| ふりがな | | 性 別 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児 童 氏 名 | | 男・女 | | 満 歳 か月 |
| 通っている保育所等の名称 | 所（園）・小学校 | | | |
| 利用する施設の名称 | 病後児保育室キャロット（せいか保育園内） | | | |
| 保護者氏名 | (続柄：) | 緊急連絡先 | ① | () |
| | | | ② | () |
| お迎えの方氏名 | | 時 間 | 時 分頃 | |
| | | 連絡先 | | |
| 利 用 日 | 年 月 日 | | | |

病状連絡票 ※お子様の様子をわかる方（保護者）が記入して下さい。

| | | | |
|---|--|---------|--------------------------------|
| 受診病院名 | | 住 所 | |
| 医 師 名 | | 電 話 番 号 | |
| 病 名 | | 投 薬 有 無 | 有・無 ※有の場合は、薬の連絡票等を添付してください。 |
| いつからどのような状態ですか？前日利用された方は帰宅後からで結構です。 年 月 日から 主な症状： | | | |
| 今日の状態 体温： 度（ 時 分頃）（平熱 度） 食事：離乳食 後期 ・ 完了 / 普通食 ・ 幼児食 配慮が必要（) 食欲：有・無 水分：充分・少量 睡眠：充分・不十分 鼻汁：多い・少し・無 せき：多い・少し・無 排便：朝から 回（普通・軟・水様）・無 嘔吐：朝から 回・無 その他： | | | |

裏面に続く

アレルギー： 無 ・ 有 ()

注意事項：

※認定 利用料

| | |
|---------------------|---------|
| 1 生活保護世帯/市町村民税非課税世帯 | 0 円 |
| 2 上記以外の所得税非課税世帯 | 1,000 円 |
| 3 所得税課税世帯 | 2,000 円 |

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