

病後児保育事業利用申請書

年 月 日

古賀市福祉事務所長 あて

(申請者)

住所
氏名



次のとおり、古賀市病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな 児童氏名		生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)		性別 男・女	申請者との続柄	現在通う小学校・保育所等の名称	
利用希望期	申請時	年 月 日～		年 月 日()日間			
	変更時	年 月 日～		年 月 日()日間			
家庭で育児を行うことが困難な理由							
通院病院		病院名	担当医師名		病院電話番号		
					—		
					—		
主な症状等		1 病名 () 2 医師には(受診済み・未受診) 3 投薬を受けて (いる・いない) 4 常備薬を飲んで(いる・いない)			5 病状(あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他()		
児童に対する留意点		食事の状況 1 授乳時間・回数() 2 離乳状況・回数(前期・中期・後期) 3 アトピー等による食事制限 () 4 その他()			既往歴 1 熱性けいれん：初回 歳 か月 最後 歳 か月 (これまでに 回) 2 喘息：服薬 (毎日ある・発作時のみ・ない) 吸入 (毎日ある・発作時のみ・ない) 3 その他の病気()		
保護者	氏名	続柄			自宅電話	—	
	勤務先 (緊急連絡先)	続柄			勤務先電話	—	
					勤務先電話	—	
世帯状況		1 生活保護法による被保護世帯 3 所得税非課税世帯(1を除く。)		2 市民税非課税世帯 4 その他の世帯			
加入医療保険		記号	番号	保険者名		保険者番号	