

厚木市病後児保育事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 厚木市長

申請者 住 所 厚木市
(保護者) 氏 名
連絡先 () ー

次のとおり、病後児保育事業を利用しますので、厚木市病児・病後児保育利用医師連絡票を添付して申請します。また、下記の記載内容を実施施設で利用すること、利用状況等の報告を市が受けることに同意します。なお、利用にあたっては、実施施設の指示に従います。

ツガナ 児童氏名	男・女 (年 月 日生)
通園施設名等	施設名： 電話：
利用理由 (保護者の状況)	①就労 ②疾病 ③事故 ④出産 ⑤冠婚葬祭 ⑥その他 ()
かかりつけの医療 機関 (主治医)	医療機関名： 担当医師： 所在地： 電話：
緊急連絡先 (確実に連絡がと れるところ)	①氏名： (児童との続柄) 勤務先名： 電話：
	②氏名： (児童との続柄) 勤務先名： 電話：
利用期間・時間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (実質 日間) 午前 時 分 ~ 午後 時 分

病後児保育事業料の決定に伴い、次の事項について御記入をお願いします。

生活保護受給の有無	適用なし・適用あり(年 月 日 生活保護開始) ※生活保護を受給中の場合、生活保護費受給票を添付してください。
同意事項	病後児保育事業料の決定のために必要があるときは、児童と同居する扶養義務者の厚木市における所得税(所得割・均等割含む)の税額について厚木市職員が課税台帳を確認することに同意します。
	年 月 日 保護者氏名

※病後児保育事業料の算定に伴い、必要に応じて市民税・県民税証明書等の提出をお願いする場合があります。

年 月 日

氏名

※次のことについて、必要項目に記入し、該当項目に○をつけてください。

今回の病気の状況について (診断名)	病名： (今朝の体温 度、平熱 度)
	現在の症状：発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 その他()
	薬：あり・なし ※与薬をご依頼される場合は与薬依頼票にご記入ください。
緊急連絡先 (本日)	前記と変更なし・変更あり (氏名： 電話)
栄養方法	①授乳期：母乳、人工、混合、1回 CC× 回 ②離乳期：初期、中期、後期、完了 ③乳児食 ④幼児食 ⑤軟飯
お子さんの様子と連絡事項 (食事・睡眠・排泄など)	

以下、保育園が使用します。

◆一日の様子 (体温、食事、排泄、遊びの様子など)		送迎者名： (続柄)
8 10 12 14 16 18	排泄	◆機嫌 (よい・普通・わるい)
		◆目 (よい・充血・めやに・むくみ・その他)
		◆鼻 (よい・鼻汁・鼻づまり)
		◆咳 (無 ・ 有)
		◆皮膚 (よい・湿疹・かぶれ・その他)
		◆食事状況 昼食 おやつ
		保育時間： ~
		◆保育園での子どもの様子と連絡事項
		記録者：

利用料金 (徴収・免除・減免)	<input type="checkbox"/> 利用料 (¥2000)	受付日： 年 月 日	領収印
	<input type="checkbox"/> 給食費 (¥300)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	合計		

※記入後にコピーをし、原本は保管、コピーは領収印を押し返却してください。