様式第２号(第１１条関係)

|  |
| --- |
| **病児保育事業利用申込書** |
|  年　　月　　日 　施設長　　様（利用保護者）住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　　　電話番号(自宅)　　　　　　　　　　　(携帯)　　　　　　　　　　　　病児保育事業を利用したいので、桜川市病児保育事業実施要綱第１１条第１項の規定により、次のとおり申し込みます。 |
| フリガナ | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳　　か月） |
| 利用児氏名 | 　 |
| 保護者が家庭内で保育できない理由　　　　　□勤務の都合　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活保護等の適用の有無 | 該当　　・　　該当しない |
| 保育認定の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 利用施設名 |  |
| 利用日 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 利用時間 | 時　　分から時　　分まで |
| 迎えに来る者 | 氏名 | 続柄 | 連絡先等 |
|  |  |  |
| 利用児の平熱 | ℃ |
| 症状 | □発熱　　□発疹　　　　□咳　　　□鼻水　　□のどの痛み　　□目やに□頭痛　　□けいれん　　□腹痛　　□下痢　　□吐き気　　　　□食欲低下□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 備考 |  |