

## 益城町病児・病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

益城町長 様（実施施設経由）

※保護者欄は「子ども医療費受給者氏名」をご記入ください

(保護者) 住所

氏名

印

電話

下記のとおり益城町病児・病後児保育事業の利用を申請します。

なお、利用にあたっては、登録申請した際の同意事項を遵守し、実施施設の指示に従います。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日 ( 歳 か月)	子ども医療費受給者番号
愛称		在籍保育所等		
利用理由	① 就労 ② 傷病 ③ 事故 ④ 出産 ⑤ 冠婚葬祭 ⑥ その他 ( )			
今回、受診した 医療機関名	・併設医療機関 はがこどもクリニック ・その他の医療機関 医療機関名 ( )			
緊急連絡先	氏名： (児童との続柄： ) 電話：			
	勤務先： 部署： 電話：			
	氏名： (児童との続柄： ) 電話：			
	勤務先： 部署： 電話：			
利用日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分			
お迎え	お迎え予定者： (児童との続柄： ) 予定時間： 時 分頃			
今回の 病気の状況	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 ( )			
薬の状況	在室中に必要な薬（無・有： ) 最終使用時間（解熱剤： 時 分）（はきけ止め： 時 分）			
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 ③普通食：普通食・軟食 ④アレルギーによる食事制限（必要・不要）			
食事の状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる			
排泄の様子	①おむつ（教える 教えない） ②時々おもらし ③自立			
その他	子どもの体調等で気になっていることがありましたら、お書きください。			