

## 益城町病児・病後児保育事業利用申請書

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  
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。

一般 資料添付（ 生活保護 住民税非課税 ）

ふりがな 児童氏名	生年	年 月 日	子ども医療費受給者番号
	(男・女)	月日 ( 歳 か月)	
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。		