

第2号様式(第8条関係)

病児・病後児保育事業利用申請書

指宿市長	様	年 月 日
<p>次のとおり指宿市病児・病後児保育事業の利用を申請します。 なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報をご職及び実施施設が利用することについて、承諾します。</p>		
申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 緊急連絡先 _____		
(フリガナ)		性 別
児童氏名		男・女
		生年月日 (年齢)
		年 月 日 (歳 か月)
入所保育所・学校等		
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 学校等の行事 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
健康保険証	記号： _____ 番号： _____ 保険者番号： _____	
利用登録申請	登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済 (年 月申請) <input type="checkbox"/> 未申請 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (変更 _____)	
病気の症状等について 病名 (わかっている場合) [_____] 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 湿しん その他、気になる症状をお書きください。		
いつからこの症状が始まりましたか、経過をお書きください。		
昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。(<input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない) 昨日から今朝(現在)にかけての症状についてお書きください。		
かかりつけの医療機関名	電話 _____	
添付書類	指宿市病児・病後児保育事業医師連絡票	

欄については、該当項目にレ印を記入してください。

病児・病後児保育事業の利用に際しての同意書 ※ <input type="checkbox"/> 欄全てにレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 利用当日にキャンセルする場合は、開所30分前から開所時間までに実施施設へ連絡します。 <input type="checkbox"/> お迎え時間を厳守します。なお、厳守できないことが2回あった場合は誓約書を作成し、3回あった場合は以後の利用はいたしません。 <input type="checkbox"/> 利用の際は、実施施設からの電話を取れるようにし、不在着信があった場合は、折り返し実施施設へ電話します。
