様式第２号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

中津川市長　　　様

住所　（〒　　　　　　）

保護者氏名

**中津川市病児保育所利用申請書**

病児保育所の利用を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | （男・女） | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　 　歳　 　か月） |
| 通園・通学先 | なし・あり（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 緊急連絡先 | 第  １ | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　児童との続柄  電話番号（携帯・勤務先・その他）  連絡先名称（会社名等） | | |
| 第  ２ | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　児童との続柄  電話番号（携帯・勤務先・その他）  連絡先名称（会社名等） | | |
| 迎えに来る方 | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄 | | | |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日の間の（　日間）  １日目：　　時　　分～　　時　　分　４日目：　　時　　分～　　時　　分  ２日目：　　時　　分～　　時　　分　５日目：　　時　　分～　　時　　分  ３日目：　　時　　分～　　時　　分 | | | |
| 利用の理由 | 勤務・傷病・介護・看護・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 既往歴 | □麻しん（はしか）　□水痘（水ぼうそう）　□結核　□風しん 　□肺炎  □突発性発疹　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□百日咳　□喘息  □アトピー性皮膚炎　□りんご病  □熱性けいれん（今までに　　　回　最終：　　　年　　　月　　　日）  □その他の大きな病気やケガ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| アレルギー | 原因・症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  薬：なし・あり（内服薬・とん服薬・エピペン・その他　　　　　　　） | | | |
| その他心配なこと、配慮してほしいこと | | | | |
| |  | | --- | | 同意書  市が保管する住民記録情報、生活保護受給の有無について、利用料決定のために市長が利用することに同意致します。  また、症状の変化等に伴い緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したときは、児童を受診させ、保護者がその費用を負担することを同意します。  　保護者署名 | | | | | |