

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 電話番号（携帯・勤務先・その他） 連絡先名称（会社名等）	児童との続柄
	第2	ふりがな 氏名 電話番号（携帯・勤務先・その他） 連絡先名称（会社名等）	児童との続柄
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	<input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（今までに 回 最終： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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			

中津川市長 様

利用時に申請

施設を利用する当日に、病児保育所「くりっこハウス」に提出してください。

住所 (〒508-0032) 中津川市栄町1-1

保護者氏名 中津 太郎

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	なかつ はなこ 中津 花子 (男・女)	生年月日	2015年 1月 1日 (4歳 3か月)
通園・通学先	なし・あり (名称: なかつっこ保育園)		
緊急連絡先	第1	ふりがな なかつ たろう 氏名 中津 太郎 児童との続柄 父 電話番号 (携帯・勤務先・その他) 66-0000 連絡先名称 (会社名等) なかつがわ事務所	
	第2	ふりがな なかつ くりこ 氏名 中津 栗子 児童との続柄 母 電話番号 (携帯・勤務先・その他) 090-1234-5678 連絡先名称 (会社名等) なかつがわスーパー	
迎えに来る方	ふりがな なかつ くりこ 氏名 中津 栗子 児童との続柄 母		
利用希望期間	2019年 4月 2日～ 2019年 4月 3日の間の (2日間) 1日目: 10時00分～17時00分 4日目: 時 分～時 分 2日目: 8時30分～18時00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	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input checked="" type="checkbox"/> 突発性発疹 <input checked="" type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今までに 回 最終: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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			
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">保護者署名 中津 太郎</p>			

今までにかかったことのある病気にチェックを入れてください。