

敦賀市病児・病後児保育利用申込書

敦 賀 市 長 あて

保護者 住 所
氏 名
電 話
児童との続柄

印

敦賀市病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。
なお、病児・病後児保育の利用に当たり、世帯の収入、課税状況並びに世帯員の状況等の必要事項について、公簿等により確認することを承諾します。

(○) を記入

1	ふりがな		男	生年 月 日	年 月 日	第3子以降	
	児童氏名		女		歳 カ月	ひとり親	
2	通園・通学先	保育園・幼稚園・小学校					
3	緊急 連絡先	氏 名	続柄	勤 務 先		電話番号	
4	看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ()					
5	利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
6	利用時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで					
7	予防接種情報	ヒブ（1・2・3）・追肺炎球菌（1・2・3・追）・BCG 3種混合,ポリオ・四種混合（1・2・3・追）・麻疹,風疹（1・2） 水痘（1・2）・日本脳炎（1・2・追）・B型肝炎（1・2・3） おたふくかぜ（1・2）・ロタウィルス（1・2・3） インフルエンザ（ 年 月接種）・その他（ ）					
8	既往歴	麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・熱性けいれん・喘息 突発性発疹・B型肝炎・その他（ ）					
9	アレルギー	無・有 食物：卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他（ ） 薬（薬名： ）					
10	児童の状況等で特に伝えておきたいこと。						

*注1 この申込書に医療機関の発行する「診療情報提供書」を必ず添付してください。
2 ご利用の際は必ず母子手帳及び薬剤情報提供書をご持参ください。