

記載例

別記様式第2号（第8条関係）

南幌町病児・病後児保育事業利用申請書

南幌町長 様

南幌町病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------|--|--------|--------------|--------|
| ふりがな | ばんぼろ いちろう | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 児童の氏名 | 南幌 一郎 | 男 女 | 平成30年 8月 12日 | 〇歳 〇か月 |
| ① 緊急連絡先 | ①氏名 南幌 陽子 (続柄：母) TEL 011-000-△△△△ | | | |
| ② 利用期間 | ②氏名 南幌 太郎 (続柄：父) TEL 090-0000-△△△△ | | | |
| 児童のお迎え | 令和〇年〇月〇日(〇) 令和〇年〇月〇日(〇) の (2) 日間 本日のお迎え時間 (17 : 30) お迎えに来る方の氏名： 南幌 陽子 続柄 (母) | | | |
| ③ 児童の症状 | 体温 (37.5 ℃) ←今朝の体温を記入してください。 機嫌 良い・普通・だるそう・ぐずり気味・興奮 現在の症状 (該当するものに☑してください) <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 () 薬の処方 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input checked="" type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> せき止め <input type="checkbox"/> その他 () 保育時間中の薬の服用について <input checked="" type="checkbox"/> 飲ませてください <input type="checkbox"/> 飲ませないでください | | | |

①緊急連絡先について児童の体調が急変した場合、勤務先など事前に連絡が取れる番号を必ずご記入ください。

②利用期間についてご記入ください。1回の利用につき最大7日間までご利用いただけます。

③利用当日の児童の症状について該当する欄に☑してください。薬の処方がある場合は忘れずに☑してください。

④同意年月日、保護者氏名をご記入ください。印鑑は必ず押してください。

④

同意書

病児・病後児保育事業の利用にあたり、次の事項に同意いたします。
病児・病後児保育事業の利用中に児童の体調が急変した場合、事前に保護者に連絡を取ることを原則としますが、速やかに連絡が取れない場合又は急を要する場合には、町立南幌病院での医療行為を優先させることに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日

住所 南幌町〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 南幌 太郎 印

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 健康子育てグループ

電話 011-378-5888(内線216)
FAX 011-378-5255

平日 8:30~17:00
(土日祝日と12月31日~1月5日を除く)