

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	なんぼろ いちろう	性別	生年月日	年齢
児童の氏名	南幌 一郎	男	平成30年 8 月 12 日	〇 歳 〇 か月
緊急連絡先	①氏名 南幌 陽子 （続柄：母） TEL 011-000-△△△△			
	②氏名 南幌 太郎 （続柄：父） TEL 090-0000-△△△△			
利用期間	令和〇年〇月〇日（〇） 令和〇年〇月〇日（〇）の（2）日間			
児童のお迎え	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）			
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・ <u>だるそう</u> ・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。

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

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。

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 子育て支援係

電話 011-378-5888(内線211)
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)