

様式第2号（第9条関係）

登録番号				
------	--	--	--	--

嘉麻市病後児保育利用申請書

年 月 日

嘉麻市長 様

（申請者）住所
氏名

本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

病後児保育を利用したいので、嘉麻市病後児保育事業実施規程第9条第1項の規定により申請します。なお、病状急変のときは、実施施設の管理者と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。

児童	ふりがな		性 別	続 柄	愛 称
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	通所している保育所・幼稚園・小学校の名称				
利用申請の理由(保護者)	1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 学校等の公的行事 8 その他社会的にやむを得ない理由()				
通院病院名			電話 番号		
保護者	続柄	氏 名	電 話 番 号		
緊急連絡先	①				
	②				
利用希望期間	申請時	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
	変更時	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
病名			主訴	発熱・発疹・腹痛・咽頭痛・鼻汁・嘔気 嘔吐・頭痛・目やに・下痢・食欲低下 けいれん・その他：	
常備薬の有無と種類					
既往症	(1) 熱性けいれん：無 () 有 () 初回発作 () 歳 () か月 その時の熱は ()				
	(2) 気管喘息：無 () 有 ()				
	(3) アレルギー：無 () 有 () 薬 () 食品 ()				
	(4) その他の病気：				
食事	(1) 授乳時間と回数と量：() () 回/日 () ml/回				
	(2) 食事形態：離乳食（前期・中期・後期） 普通食 アレルギー（除去内容 ())				