別記様式第２号（第８条関係）

病　児　・　病　後　児　保　育　事　業　利　用　申　請　書

平成　　年　　月　　日

芳賀町長　　様

申請者　住　所

（保護者）

氏　名　　㊞

病児・病後児保育事業の利用について，次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		生年 月日	年　月　日生 （　歳　月）	お子さんの愛称
利用期間	平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　「　」日間			
保育園等		主治医名	TEL	
自宅電話	（　）	緊急連絡先	（　）	

	続柄	氏　名	生年月日	勤務先
	父			TEL
	母			TEL
				TEL
				TEL

お子さんの病気について

・　症状（あてはまるものに〇をつけてください。）

発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他（）

・　いつからこの症状がはじまりましたか。　　月　　日

・　投薬をうけていますか。（いる_____　・いない）

・　常備薬をのんでいますか。（いる_____・いない）

・　その他

食事の状況（離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等）

体質やくせなど心配なこと，配慮してほしいこと（薬物アレルギー・既住症等）

予防接種について（接種済に〇をつけてください）

・　BCG　　・　三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）　　・　麻しん風しん混合（MR）

・　麻しん（単独）　　・　風しん（単独）　　・　日本脳炎　　・ポリオ

・　その他（　　）

児童を看護できない理由

１　勤務の都合　２　傷病　３　事故　４　出産　５　その他（　　）

世帯区分※	１生活保護世帯　２町民税非課税世帯　３婚姻歴のないひとり親家庭　４その他の世帯