

芳賀町病児保育事業利用申請書

年 月 日

芳賀町長 様

申請者 住所
(保護者)

氏名

続柄

下記の児童について、芳賀町病児保育事業を利用したいので、診療情報提供書を添付のうえ申請します。

児 童	住 所				
	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳	ヶ月)
お子様の愛称			保育所・幼稚園 認定こども園・小学校		
			電 話 番 号		
利用期間	年 月 日 ~		年 月 日 (日間)		
携帯電話			自宅電話		
			続 柄		
緊 急 連絡先	氏 名		続 柄	勤務先等	
病気の症状	・症状 発熱 発疹 せき のどの痛み 吐き気 腹痛 頭痛 その他 () ・いつ頃からはじまりましたか? 月 日 から ・投薬を受けていますか? (いる ・ いない) ・常備薬を飲んでいますか? (いる ・ いない) ・その他(アレルギー、体質など、心配事や配慮してほしいことを記入してください。) ()				
食 事 (乳児)	栄養法	1 母乳	2 混合	3 人工	
	離乳食	1 初期	2 中期	3 後期	
利用理由 (家庭で保育できない理由)	1 保護者の就労		2 保護者の疾病	3 保護者の出産	
	4 冠婚葬祭		5 災害	6 その他 ()	
世帯の状況	1 生活保護世帯		2 市町村民税非課税世帯	3 その他の世帯	

町税等調査同意書

芳賀町病児保育事業の利用料確認のため、私の世帯の課税状況について調査することに同意いたします。

保護者名



※施設記入欄	1 生活保護世帯	2 市町村民税非課税世帯	3 その他の世帯
--------	----------	--------------	----------