

西宮市病児保育事業 利用申込書

保護者記入

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。利用に当たっては、次のことに同意します。

- ①施設の指示を守ること。
- ②利用の必要がなくなった場合は、速やかに施設へ連絡をすること。
- ③利用料を減免する場合は、その算定に関し調査を受けること。
- ④利用児童の容態が急変した場合等の緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

申請者（保護者） 住所 _____
 氏名 _____
 電話 () - _____

利用児童	ふりがな 氏名 (男・女)	年 月 日 生
利用理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用申込施設	<input type="checkbox"/> つばみの子保育園 病児保育ルーム <input type="checkbox"/> 西宮回生病院 病児保育室 <input type="checkbox"/> あんどうこどもクリニック 病児保育室 <input type="checkbox"/> ニコニコ桜今津灯保育園 病児保育ルーム <input type="checkbox"/> 高須の森 病児保育ルーム	
利用日	月 日 ~ 月 日	
	(変更後) 月 日 ~ 月 日	
緊急時の 連絡先	優先①氏名： (続柄：)	電話： - -
	優先②氏名： (続柄：)	電話： - -
児 童 の 状 況	病名	
	症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ()
	保育上の 注意事項	<input type="checkbox"/> 与薬あり →「与薬依頼票(裏面)」が必要です。 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	<input type="checkbox"/> 減免あり ※生活保護世帯を証明するものを提示してください。	