

## 都留市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

都 留 市 長 様

保護者  
(申請者)

住 所

氏 名

㊞

連 絡 先

※ 記名・押印に代えて署名することができます。

ふりがな		性別	生 年 月 日	
児 童 氏 名		男・女	年 月 日( 歳 ヶ月)	
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 ( 日間)			
通学・通園先	電 話		児 童 愛 称	
児童を監護できない理由（該当理由にレ点を付してください。） <input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	勤 務 先 ・ 電 話
児 童 の 健 康 状 態	当てはまる症状にレ点を付してください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	いつからこの症状はありましたか。経過を記入してください。			
	昨日から今朝にかけての様子を記入してください。			
	昨日から今朝にかけて、解熱剤を使用しましたか。 <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用していない			
注 意 事 項	食事制限の有無、偏食等			
	その他体質、癖または障害など心配なこと。			