

病児保育利用申請書

中津市長 奥塚 正典 あて

年 月 日

(ふりがな)			住所	〒 TEL 中津市	
保護者氏名	Ⓜ				
(ふりがな)			愛称 ()	性別	男・女
入所者氏名					
生年月日	HR	年 月 日生	年齢	歳 ヶ月	
申請する利用の期間	年 月 日 ~		年 月 日までの 日間		
緊急連絡先	連絡者 (氏名)	続柄	電話番号 (自宅・勤務先)	携帯電話	
	①		TEL ()	TEL () -	
	②		TEL ()	TEL () -	
保育の状況	・小学校、保育園等名 () ()年 TEL () -				
	・排泄について <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 (施設内では紙オムツ利用となります)				
	・アレルギーについて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【卵 大豆 牛乳 その他 ()】				
通院の状況	・医院名 _____				
	・病名 _____		・通院期間 年 月 日~		
	現在服薬中の薬 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 昼食時の薬 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 処方薬 (処方箋もしくはお薬手帳を持参してください) (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後) <input type="checkbox"/> 市販薬 [_____]				
利用料軽減の有無	右の世帯区分に該当する場合はチェックしてください。【世帯区分】 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
	<input type="checkbox"/> 施設利用決定のため、中津市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料の閲覧に同意します。 <input type="checkbox"/> 本利用申請書の記載事項について、関係施設、関係市町村に情報提供することに同意します。				

(医療機関記入欄)

今回の病気に ついて	病名					
	病児保育の利用(変更)	年 月 日 ~				
	を必要と認める期間	年 月 日まで (日間)				
	処方薬	有・無	次回診察予定日	年 月 日		
その他 特記事項	※必要に応じて記入してください。					
	症状の経過					
	現在の投薬処方					
	保育上の留意点	① ベットの上での安静が必要				
		② 室内で安静(ベットでの生活が主。他児との静かな遊びは可能)				
③ 室内で保育(他児と室内で遊んでもよい)						
④ 他児との隔離が必要						
食事(お弁当)について指示があれば記入をお願いします。						
実施施設長 殿		医療機関所在地				
上記のとおり診断いたします。		医療機関名				
年 月 日		医師名 Ⓜ				

※申請者、医療機関及び実施施設の印がない場合は、無効とします。
(実施施設長承諾欄)

申請者 殿					
下記のとおり当施設への入所を承諾します。					
入所期間		年 月 日 ~		年 月 日	
		年 月 日			
		実施施設名 なかつ病児保育室 Second Mom			
年 月 日		施設長 本田 貴予 Ⓜ			

利用料 処理欄	区 分			実利用日数	利用料	円	徴収済日	
	一般	市民税 非課税	生活保護		円	年 月 日		
				日	合計	円	担当者	Ⓜ