

| | |
|------|--|
| 登録番号 | |
|------|--|

寄居町病後児保育利用申込書

(宛先)

寄居町長

病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。

年 月 日

申込者（保護者） 住所 寄居町大字

氏名

印

| | | | | | |
|-------------------------|--|---|-----|----------|-------|
| ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童氏名 | | | | (歳 ヶ月) | |
| 利用希望期間及び時間 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) | | | 時 分～ 時 分 | |
| 緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ) | 氏名 | (父・母・その他:) | | | |
| | 電話番号 | (携帯電話・勤務先・自宅) | | | |
| 疾患の状況 | 病名 | | 服薬 | なし・あり | |
| | 主な症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | いつから通院していますか (年 月 日) | | | | |
| 家庭での保育が困難な理由 | 勤務・傷病・事故・出産・婚葬祭・その他 () | | | | |
| 留意事項 | 特に注意してほしいこと等を具体的に記入してください。 | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (医療機関により記録されたもの) <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 (該当する世帯のみ) <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援給付に係る本人確認証 (該当する世帯のみ) | | | | |

※利用期間延長の場合

| | |
|------------|--------------------|
| 延長期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) |
| 延長を必要とする理由 | |