

幸田町病後児保育事業事前登録申請書

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

次に掲げる事項に同意し、下記のとおり申請します。

<p><b>【申請に当たっての同意事項】</b></p> <p>1 病後児保育の利用に際しては、実施施設の指示を遵守すること。</p> <p>2 病後児保育事業の指導医及び協力医療機関との情報共有を目的として、本書の写しを提供すること。</p> <p>3 緊急の場合は、実施施設の職員が児童の受診及びその結果の説明に付き添うこと。</p>
---

記

1 保護者の状況

ふりがな		児童との続柄	生 年 月 日
氏 名	⑨		年 月 日
住 所	〒 ー 幸田町大字 字	電話番号	
		生活保護 の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月保護開始）
勤 務 先		勤務先住所	
勤務時間		及び電話番号	☎

2 児童の状況

ふりがな		性 別	平 熱	生 年 月 日
氏 名			℃	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
園・学校名		かかりつけ医		☎

3 上記以外の同居家族の状況

ふりがな		児童との続柄	年 齢	勤務先又は園・学校名
氏 名				
ふりがな		児童との続柄	年 齢	勤務先又は園・学校名
氏 名				
ふりがな		児童との続柄	年 齢	勤務先又は園・学校名
氏 名				
ふりがな		児童との続柄	年 齢	勤務先又は園・学校名
氏 名				

4 児童の健康状態

アレルギー	食 物	無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
	薬 物	無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
	そ の 他	無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
喘息		無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
喘息様気管支炎		無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
アトピー性皮膚炎		無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
ひきつけ		無 ・ 有	治 療	無 ・ 有 ( )
熱性けいれん		無 ・ 有	(初回 歳 ヶ月) (最終 歳 ヶ月)	その時の体温 °C 計 回
その他の病気（具体的に）				

5 緊急連絡先

優先順位	氏 名	児童との続柄	電 話 番 号
1			
2			
3			