

登録番号

様式第2号（第8条関係）

三次市病児・病後児保育室利用申込書

三次市長 様

三次市病児・病後児保育室を利用したいので、次のとおり申込みます。

年 月 日

住 所

申請者名

利用を希望する日	年 月 日 ~		年 月 日	
児 童 名	ふりがな	男・女	年 齢	歳 月
緊急連絡先	①	(Tel	-	-)
	②	(Tel	-	-)
<p>お子様の現在の状態についてお伺いします。</p> <p>1 病 名 _____</p> <p>2 主な症状 発熱・下痢・吐き気・咳・発疹・その他（※） ※「その他」の人は病状を具体的にお書きください。</p> <p>3 発症月日 月 日頃から</p> <p>4 家庭で保育できない理由 勤務・冠婚葬祭・出産・病気・その他（ _____ ）</p> <p>5 お迎えに来られる方の名前（続柄） _____（ _____ ）</p> <p>6 負担金の減免について（該当者のみご記入ください）</p> <p>私の世帯は、三次市病児・病後児保育室設置及び管理条例第5条第1項</p> <p><input type="checkbox"/> 第1号 生活保護世帯（全額）</p> <p><input type="checkbox"/> 第2号 市民税非課税世帯（全額）</p> <p><input type="checkbox"/> 第3号 所得税非課税世帯（半額）</p> <p>に該当するので利用料について減免を申請します。 また、審査にあたり必要な事項について公簿等で確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>				

※医師の処方による与薬が必要な場合は裏面にも記入して下さい。

登録番号

様式第2号（第8条関係）

与薬依頼書（保護者記入用）

次のとおり与薬を依頼します。

1 処方された病医院	TEL	—
2 処方年月日	年	月 日
3 薬の剤型（該当するものに○をしてください。） カプセル・錠・液体（シロップ）・粉・外用薬・その他（ ）		
4 ご家庭で特別な工夫をして与えておられる場合は，その方法をご記入ください。		
5 注意事項		
6 その他		