

お迎え型保育事業利用申請書

(宛先) 実施施設の長

年 月 日

申請者 住所

(保護者) 氏名

病児・病後児保育の利用について、次の通り申請します。

ふりがな		男・女	生年月日	20 年 月 日 (歳)	お子さんの愛称	
児童氏名						
利用期間		令和 年 4 月 1 日 ～ 令和 年 3 月 3 1 日まで				
園・学校名 クラス		普段の保育時間 (: ～ :)		かかりつけ医		
保 護 者	続柄	氏名	生年月日	職業	勤務先	勤務先または携帯番号
		ふりがな				
					勤務時間 (: ～ :)	
		ふりがな				
					勤務時間 (: ～ :)	

同居家族

きょうだい 在籍園(校)	ふりがな 氏名：(歳)	ふりがな 氏名：(歳)	ふりがな 氏名：(歳)
	在籍園(校)	在籍園(校)	在籍園(校)
祖父母 その他	氏名：(続柄)	氏名：(続柄)	氏名：(続柄)

緊急連絡先	①		続柄		(職場 ・ 携帯)
	②		続柄		(職場 ・ 携帯)
	③		続柄		(職場 ・ 携帯)

けいれん	無 ・ 有 初回 (歳 ヶ月) 最終 (歳 ヶ月) ダイアップの指示は 無 ・ 有 (℃以上 mg)
アレルギー	無 ・ 有 〈食品〉卵・卵の加工品はOK・乳・小麦・大豆・その他 () 〈お薬〉 〈その他〉 ※その他アレルギーについて保育中に留意することがあれば教えてください。

児童を看護できない理由

1. 勤務の都合 2. 傷病（ ） 3. 通院 （ ）
4. その他（ ）