

様式第3号【小坂町】

鹿角市病児・病後児保育事業利用申込書兼連絡票（証明書）

鹿角市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

【保護者記入欄】

対象児童氏名	ツガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			児童との続柄		
事業利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
利用の理由 (該当に○印)	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校等の公的行事 9. その他(社会的にやむを得ない事由) ()				

※この用紙の裏面に、健康保険証及び乳幼児医療受給者証の写しを添付してください。

【主治医記入欄】

傷病名					
症状	発熱 ・ 下痢 ・ おう吐 ・ 発しん ・ 湿しん ・ その他 ()				
診療形態	初診年月日 令和 年 月 日				
	外来 ・ 往診 ・ 入院(令和 年 月 日)				
	発症年月日 令和 年 月 日				
初発・再発	1. 初発 2. 再発(初発 令和 年 月 日)				
症状・既往症・治療状況 退院の年月日等					
現在の投薬状況					
保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)					
利用可能施設(右枠内の1または2のいずれかに○) 病児保育室：病院に併設し、病中に利用可 病後児保育室：保育園に併設し、病気の回復期に利用可 ※病後児保育室については、 <u>小坂町民は利用不可</u> 。	1. 病児保育室 2. 病後児保育室 (上記1の場合) 隔離の必要性 . . . 有 ・ 無				
本児童は、上記施設を利用する事に差し支えありません。					
令和 年 月 日					
医療機関名			医師名		

添付書類を貼ってください

(健康保険証等の写し)

利用料受領印欄

1日目	2日目	3日目	4日目	5日目

【調査欄】（記入不要）

確認者 (保育士)	確認者 (看護師)	利用の不可 (○印)	受付印	利用料区分
		可 ・ 不可		1,000 円
				0 円