

春日部市病児保育事業利用申込書

年 月 日

実施施設の長 あて

保護者

住所

氏名

下記のとおり（病児保育 ・ 病後児保育）の利用を申し込みます。

記

ふりがな 対象児童氏名		男 女	生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日 歳 月 日
利用期間	年 月 日～ 年 月 日			
通所施設	電話番号 ()			
医療機関名	電話番号 ()			
	医師名			
病気の経過	病名 () 主な症状 発熱・下痢・おう吐・せき・ゼーゼー・発疹 その他 () 服薬 あり・なし いつから内服していますか (年 月 日から) いつから通院していますか (年 月 日から)			
家庭での保育 が困難な理由	1 勤務の都合 2 冠婚葬祭 3 傷病 4 出産 5 その他 ()			
留意事項等				
世帯区分	1 生活保護世帯等（生活保護受給者証等を提示してください。） 2 その他の世帯			