

# 病児・病後児保育センター使用許可申請書

年 月 日

(宛先) 病児・病後児保育センター指定管理者

申請者氏名

⑩

(自署は押印省略可)

\_\_\_\_\_年度 病児・病後児保育センター利用登録票の内容に相違ありません。

次のとおり、病児・病後児保育センターの使用を申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名			令和 平成 年 月 日生	歳
使用申請期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 日間			
保護者が保育できない理由	①就労 ②保護者の疾病 ③その他 [ ]			
使用料金額	2,000円 ※生活保護世帯、 市民税非課税世帯 は減免対象です。	・ 5,000円 ※市外居住者	昼食の希望 (うわまち病院病 児・病後児保育 センターに限る)	有(300円)・無
今朝の体温	平熱	機嫌	睡眠	
℃	℃	良い・悪い	時 分頃 ~	時 分頃
おしっこの回数	多・普通・少	便通	普通便・軟便・下痢	
摂取水分	普通・少量	食事(哺乳)	普通・少量	
咳(せき)	なし・あり	鼻水	なし・あり	
嘔吐	なし・あり	発疹	なし・あり	
薬の使用	なし・あり → <input type="checkbox"/> お薬手帳に記載 <input type="checkbox"/> 処方内容[ ] センターに「与薬依頼」:なし・あり			
児童の好きな遊び				
その他 ・伝えておきたいこと ・配慮してもらいたいことなど				
(事務処理欄)			受付印	