

北九州市病児保育事業利用（変更）申請書

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

北九州市長 様

住所 _____
 申請者（保護者）氏名 _____
 電話 _____

次のとおり、北九州市病児保育事業を利用（変更）したいので必要な書類を添付して申請します。また、利用料確認等に関して、市民税課税台帳の調査等を行うことに同意します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

		登録番号		
ふりがな		年 月 日生	続柄	
子どもの氏名		男・女 歳 カ月		
保護者の等氏名	①氏名 勤務先	(子どもとの続柄) 電話		家庭での保育が困難な理由
	②氏名 勤務先	(子どもとの続柄) 電話		家庭での保育が困難な理由
緊急連絡先 (申請者欄の連絡先と違う場合は記入)	連絡先： _____ (電話 _____)			
主治医	病院・医院 担当医： _____ TEL _____			
利用期間 (原則7日以内)	申請時	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)		
	変更後	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)		
今回の病気について	病名		今朝の体温	_____ °C
	現在の症状（当てはまるものに○を付けてください。） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 (_____)			
	処方薬を受けて (①いる ②いない) ※初回のみ記入		市販薬を飲んで (①いる ②いない) ※初回のみ記入	
注意事項	※アトピー等による食事制限がある場合は詳しく記入してください。			
他の病児保育施設に事前登録していますか。		<input type="checkbox"/> 登録あり <input type="checkbox"/> 登録なし		

※申請の際には、登録証明書、健康保険証、主治医意見書、市民税非課税世帯の方は市県民税非課税証明書（生活保護世帯の方は保護証明）、所得税非課税世帯の方は源泉徴収票または確定申告書（控）の写しを持参してください。

受付担当者	保育士	看護師	医師	施設長	利用	<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不許可	実費負担
					区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 保護 <input type="checkbox"/> 所得税非課税	