

北九州市病児保育事業利用（変更）申請書

北九州市長 様

申請日： _____年 _____月 _____日

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）したいので申請します。
 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
子どもの氏名		男・女	歳	カ月
保護者の氏名等	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 <small>(申請者欄の連絡先と違う場合は記入)</small>	連絡先： _____ (電話 _____)			
主治医	病院・医院 担当医： _____		TEL _____	
利用期間 <small>(原則7日以内)</small>	申請時	年	月	日～
	変更後	年	月	日～
今回の病気について	病名		今朝の体温	℃
	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
区分	<input type="checkbox"/> 福岡県内居住世帯 <input type="checkbox"/> 福岡県外居住世帯

実費負担
<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他