

病児・病後児保育利用申込書

(申請先) 佐久市長  (保護者) 住所 氏名 電話 ( )  (病児・病後児) 保育を利用をしたいので、次のとおり申し込みます。 ( ) 内いずれかに○をしてください		年 月 日			
ふりがな			男 女	生年 月 日	年 月 日 ( ) 日 歳 ( ) 月
児童氏名					
在籍保育園等	名称	電話番号			
看護できない理由	1. 勤務の都合 2. その他 ( )				
利用を希望する施設					
利用期間	年 月 日から		年 月 日		
利用時間	時 分から		時 分		
緊急連絡先	父親	自宅・勤務先(会社名 )			
	母親	電話番号 ( )			
児童の容態が変化した場合の処置	1. 保護者が主治医に連れて行く。 2. 提携医療機関で診察を受ける。  診察後、保護者が主治医に連れて行く。 診察後、引き続き提携病院で診療してもらいたい。 診察後、容体を観察しながら保育して、もらいたい。 診察後、帰宅する。  【 の場合、提携医療機関の医師の所見によっては帰宅してもらいます。 】				
児童の状態等で等に伝えておきたいこと。					
これまでにかかった感染症					

注：この申込書に健康保険証及び乳幼児医療費受給者証の写し及び医療機関の発行する「診療情報提供書」を必ず添付してください。