

様式第1号（第5条及び第7条関係）

高梁市病後児保育事業 登録・利用 申請書

年 月 日

高 梁 市 長 様

申請者 住 所 高梁市

氏 名

電話番号

(日中に連絡が取れる番号)

高梁市病後児保育事業を利用したいので、高梁市病後児保育事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお事業利用中は実施施設の指示に従います。

児童氏名 (フリガナ)		生年月日 年 月 日生 (満 歳)		児童が所属する園・学校名 組・学年 ()	
児童の世帯状況		生活保護受給の有無 (有 ・ 無)			
児童から みた続柄	氏 名	性別	勤務先等	電話番号	
利用希望期間 年 月 日から 年 月 日まで		利用希望時間 時 分 から 時 分 まで		利用希望施設 ・高梁市病後児保育施設 ・その他 ()	
病 名	(a) 日常罹患する疾病 (感冒、消化不良等) (b) 感染性疾患 (はしか、水痘、風疹等) (c) 慢性疾患 (喘息等) (d) 外傷性疾患 (熱傷等) (e) その他 ()				
発 病 年 月 日	年 月 日				
利用児童の状態及び 保育における 留意事項等 (与薬、食事、その他気を つけること等)					
か かり つ け の 医 療 機 関 名 (医師)	(科 医師) 電話番号 ()				
児童を看護できな い理由	(a) 勤務の都合 (b) 傷病 (c) 事故 (d) 出産 (e) 冠婚葬祭 (f) その他 ()				

※登録のみ申請する場合は、太枠内のみ記入のこと。

看護師連絡		保育士連絡		減免		免除	
-------	--	-------	--	----	--	----	--