

大牟田市病児・病後児保育事業利用申込書

大牟田市長 様

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用を、連絡票(様式第4号)を添えて申し込みます。

なお、利用中は施設の指示に従います。

年 月 日

(保護者) 住 所

氏 名

電話番号

ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日	登録番号
児 童 名					年 齢	歳 か月	
利用を希望する 具体的な理由	※該当する理由に○をつけてください。その他の理由の場合は、具体的な内容を記入してください。 仕事 入院 疾病 障害 介護・看護 就学 災害等 その他の理由()						
利用予定期間	年 月 日		から	年 月 日		(日間)	
	(午前 ・ 午後)			(午前 ・ 午後)			
緊 急 連 絡 先	1	氏名	児童との続柄	電話番号(携帯電話番号)			
	2						
児童の就学・就 園施設等名							
病名・症状等	病 名						
	発 症 日	年 月 日					
	症 状	発熱(°C) 咳 鼻水 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 発疹 元気がない 食欲がない その他()					

※以下は、記入しないでください。

実利用期間	年 月 日		から	年 月 日		(日間)
	(午前 ・ 午後)			(午前 ・ 午後)		
利用料金	円					