

岡崎市病後児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

(宛 先) 岡 崎 市 長

申込者（保護者） 住 所
氏 名
(本人が手書きをしない場合は記名押印してください。)
電話番号
緊急連絡先

次のとおり病後児保育事業を申し込みます。

ふりがな			性別	男 女
児童の氏名			利用施設名	保育園 こども園
生年月日	令和 年 月 日	年 齢	歳 箇月	
主 治 医	病院・医院 担当医			
利用予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）			
希望利用時間	希望する時間に○をつけてください。 ※通常期に午前8時から午後4時までしか利用していない場合は病後児保育も午前8時から午後4時までの利用となります。 午前8時～午後4時 ・ 午前8時～午後5時30分			
通常期の 保育時間	当てはまるものに○をつけてください。 ※利用施設にも確認させていただきます。 【保育短時間認定】 延長なし 延長A 延長B 延長C 【保育標準時間認定】 ① ② 延長D			
今回の 病気について	病 名			今朝の体温 ℃
	昨日までの症状（当てはまるものに○をつけて下さい。） 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 目やに その他（ ）			
	投薬依頼の有無	有・無		
注意事項	＊お子さんの事で注意することがありましたらご記入下さい。			

添付書類
岡崎市病後児保育事業連絡票（様式第 2 号）