

宮崎市病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

住所 宮崎市

申請者

氏名

印

次のとおり宮崎市病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな		生年月日		性別	申請者との続柄	保育所等の名称
児童氏名		H・R 年 月 日 (満 歳 か月)		男・女		
利用希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ()日間					
利用希望の理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校等への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない理由 ()					
通院病院	病院名		担当医師名		施設電話	
					-	
主な症状等	1. 病名 (わかっている場合のみ記入) () 2. 医師には (受診済み・未受診) 3. 投薬を受けて (いる・いない) 4. 常備薬を飲んで (いる・いない)		5. 症状 (あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・痙攣・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他 ()			
児童に対する留意点	1. 授乳時間・回数 () 2. 離乳状況 () 3. アトピー等による食事制限 () 4. その他気になることがあればご記入下さい。 ()					
緊急連絡先 (勤務先名称)	父			勤務先電話	-	
	母			勤務先電話	-	
世帯状況	1. 生活保護法による被保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 所得税非課税世帯 (1・2を除く) 4. その他の世帯					
加入医療保険	記号	番号	保険者名		保険者番号	
	(例) 宮市	(例) 1234	(例) 宮崎市社会保険事務		(例) 8001	