

宮 崎 市 長 殿

住 所 宮崎市

申請者

氏 名

※氏名は申請者ご自身が自署してください。

次のとおり宮崎市病児保育事業を利用したいので申請します。

ふ り が な ----- 児 童 氏 名		生 年 月 日		申請者との 続 柄	保育所等の名称
-----		年 月 日 (満 歳 か月)			
利 用 希 望 期 間	年 月 日 ~ 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 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者世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 所得税非課税世帯 (1・2を除く) ※住宅取得控除等の税額控除は含みません。 4. 1~3以外の世帯				
加 入 医 療 保 険	記 号	番 号	保 険 者 名		保 険 者 番 号