第２号様式(第８条関係)

# 病児保育事業利用申請書

指宿市長　　様

年　　月　　日

次のとおり指宿市病児保育事業の利用を申請します。
なお，本事業を円滑に実施するため，記載した個人情報を貴職及び実施施設が利用することについて，承諾します。

申請者　住　所
氏　名　　印
電　話
緊急連絡先

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (フリガナ) | | 性別 | 男・女 | 生年月日（年齢） | 年　月　日（　歳　か月） |
| 児童氏名 | | | | | |

| | |
|---|---|
| 入所保育所・学校等 | |
| 利用希望期間 | 年　月　日～　年　月　日(　日間) |
| 利用を希望する理由 | □勤務の都合　□傷病　□事故　□出産<br>□冠婚葬祭　□災害　□出張　□学校等の行事<br>□その他(　) |
| 健康保険証 | 記号：　番号：　保険者番号： |
| 利用登録申請 | 登録申請　□申請済（　年　月申請）　□未申請<br>登録内容の変更　□無し　□有り（変更　） |
| 病気の症状等について<br>病名（わかっている場合）〔　〕<br>主な症状　□発熱　□下痢　□嘔吐　□せき　□発しん　□湿しん<br>その他，気になる症状をお書きください。 | |
| いつからこの症状が始まりましたか，経過をお書きください。 | |
| 昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。（□使用した　□使用していない）<br>昨日から今朝（現在）にかけての症状についてお書きください。 | |
| かかりつけの医療機関名 | 電話 |
| 添付書類 | 指宿市病児保育事業医師連絡票 |

※　□欄については，該当項目にレ印を記入してください。