

姫路市病児・病後児 保育利用(変更)申請書

令和 年 月 日

(宛先) 姫路市長

〒 申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____ ⑨
(電話 _____)

医師により別紙連絡票のとおり説明を受けた 上で、次のとおり } 病児・病後児保育 } を利用(変更)した いので申請
} 病後児保育 }
 します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。利用者負担額の算定のため、申請者及び同一世帯に属する家族の
 税務資料の閲覧に同意します。

| | | | | |
|---------------------|---|--|--|---------|
| 対象児童氏名 (生年月日・年齢) | | (男・女) | | 申請者との続柄 |
| (H・R 年 月 日生 歳 か月) | | | | 保育所等の名称 |
| 利用 期 間 | 申請時 | 令和 年 月 日 時 ~ 令和 年 月 日 時 (日間) | | |
| | 変更後 | 令和 年 月 日 時 ~ 令和 年 月 日 時 (日間) | | |
| 対 象 児 童 の 病 状 等 | 病 名 | | | |
| | 病 状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> ケイレン <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに | | |
| | 病院での受診歴 | <input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない | | |
| | 病院での投薬歴 | <input type="checkbox"/> 投薬を受けている <input type="checkbox"/> 投薬を受けていない | | |
| | 常備薬の服用歴 | <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない | | |
| | その他特記事項 ※食事や健康状態 等、保育上の注意 について記入し てください。 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(卵・牛乳・小麦・) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン | | |
| 保護者の勤務先 | 電話() — | | | |
| 加入健康保険 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 記号番号 | 保険者番号 | | |

幼児教育・保育の無償化による償還払いに必要な「提供証明書」の発行を希望します。 ○

(点線からは記入しないでください)

| | | | |
|-------------|-------|--------|--|
| 処 理 欄 | 1 承認 | 実施施設 | わたまちキッズルーム |
| | | 利用者負担額 | <input type="checkbox"/> 0円/日(生活保護・市民税非課税) |
| | | 計 | <input type="checkbox"/> 1,000円/日(市民税所得割 48,600円未満の世帯) <input type="checkbox"/> 2,000円/日(市民税所得割 48,600円以上の世帯) |
| | 2 不承認 | 理由 | |