

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 _____

(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
病後児保育 を利用 (変更) したいので申請
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) (H・R 年 月 日生 歳 か月)		申請者との続柄
				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	<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	
		※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。		
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 (市内・生活保護・市民税非課税) 日間 <input type="checkbox"/> 1,000 円/日 (市内・市民税所得割 48,600 円未満の世帯) <input type="checkbox"/> 2,000 円/日 (市内・市民税所得割 48,600 円以上の世帯) 計 円 <input type="checkbox"/> 3,000 円/日 (市外に住民登録がある世帯)	2 不承認
			理由