

(様式第2号)

### 病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

(あて先)  
川口市長

申込者 住所 \_\_\_\_\_

(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話(自宅) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申込みをします。また、保育中の投薬を依頼します。  
※ 太枠の中を記入してください。

児 童 氏 名	フリガナ	男・女	お子さんの愛称	
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		体 重	kg
利 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで( )日間			
緊 急 連 絡 先 (氏名・電話番号)	※ 確実にできる電話番号を記入してください。			
	(第一)	電話番号	( )	関係 ( )
	(第二)	電話番号	( )	関係 ( )
	(第三)	電話番号	( )	関係 ( )
通 園 ・ 通 学 先 の 名 称				電 話 -
健 康 保 険	保険者名称:		記号番号:	
主 治 医 名	医療機関名、医師名等			電 話 -
初 診 日	年 月 日			
児 童 を 看 護 で き な い 理 由	1、勤務 2、傷病 3、事故 4、出産 5、通学 6、その他 ( )			
傷 病 名 ( 症 状 等 )				
そ の 他	児童の体質(薬物アレルギー等)やくせ等心配な事・配慮して欲しい事、食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等)等を記入してください。			
担当医確認欄 上記児童は病児・病後児保育に支障ないことを証する。  担当医師名 _____ 印 _____				

注1 この申込書に健康保険証及び病児・病後児保育利用連絡書(様式第3号)を添付してください。

なお、児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。

注2 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、受給者証も持参してください。

注3 医療機関において、病児・病後児保育を実施している場合は担当医確認欄に証明を受けてください。

確認欄:生活保護受給の有無 有 ・ 無

登録番号 \_\_\_\_\_

申込番号 \_\_\_\_\_