

様式第3号（第8条関係）

病児・病後児保育事業利用申請書

（利用日毎に提出してください）

小田原市長 様

申請日（利用日）	年 月 日
住 所	
申請者氏名 （保護者）	

病児・病後児保育事業を利用したいので、利用の申請をします。また、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

児 童	(フリガナ)	生年月日		年 月 日
	氏名	性別	男・女	年齢 歳
緊急連絡先 (勤務先・携帯電話)	連絡先	TEL	—	—
	連絡先	TEL	—	—
	連絡先	TEL	—	—

利用事由 (保護者の状況)	就労 ・ 出産 ・ 病気等 ・ 介護 ・ その他 ( )		
お迎え予定時間	午前・午後 時 分頃	お迎えに来る人	父・母・その他 ( )

主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名	担当医師	電話番号

入室までの 経 過	
--------------	--

※ 初日の利用の方は発症から、2日目以降の方は昨夜からの様子を記入してください。

給 食	依頼する 依頼しない
除去食 (食物アレルギー)	有り・無し ( )

お 薬 (処方薬に限る)	依頼する 依頼しない
-----------------	------------

※ 処方薬に関する情報提供書類をお持ちの方は添付してください。