様式第２号　　登録Ｎｏ．＿＿＿＿

鯖江市病児デイケア（病児・病後児保育）利用申請書

年　　月　　日

鯖江市長　殿

申請者　住所

氏名　　㊞

記名押印に代えて、署名することができます。

病児保育　・　病後児保育　を利用したいので次のとおり申請します。

☐ 私は、病児デイケア（病児・病後児保育）事業の利用料算定のために、私の世帯全員の氏名、生年月日、続柄並びに生活保護受給の有無、市民税課税状況、児童扶養手当の受給資格、ひとり親医療費助成（母子家庭等医療等助成）の受給資格、施設等利用給付認定の受給資格の有無を調査することについて同意します。
☐ 私は、病児保育利用料算定のために、利用届出書の写しを住民登録のある広域利用締結市町長あて提供することに同意します。

フリガナ		生年月日	年　月　日
児童氏名	男・女	年　齢	歳　ヵ月
児童在籍施設名 ※登録と異なる場合	〔電話番号〕	保育所（園）・こども園・幼稚園・小学校	
緊急連絡先	〔児童との関係〕　父　・　母　・　その他（　　） 〔電話番号〕　携帯電話・その他（　　）		
利用期間	年　月　日　～　年　月　日		
利用時間	午前・午後　時　分　～　午前・午後　時　分		
主な症状	☐発熱　℃（平熱　℃） ☐発疹　☐咳　☐鼻水、鼻詰まり　☐嘔吐、吐き気　☐下痢　☐けいれん ☐その他（　　）		
病気の経過	病名（　　） 薬は飲んでいますか　（　はい　・　いいえ　）		
予防接種状況	ヒブ・肺炎球菌・BCG・3種混合・4種混合・ポリオ・麻しん風しん 麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・ロタウイルス・おたふくかぜ B型肝炎・インフルエンザ（　年　月接種）・その他（　　）		
看護できない理由	☐就　労　☐傷病、事故　☐冠婚葬祭　☐出　産 ☐その他（　　）		

実施機関記入欄

区分	利用日	
☐通常 ☐第２子以降未就学児 ☐多胎児で第１子の未就学児 ☐ひとり親世帯 ☐生活保護世帯 ☐施設等利用給付認定児	病児該当日	
	病後児該当日	