

姫路市病児・病後児保育利用（変更）申請書

年 月 日

（宛先）姫路市長 庁

申請者 住所 _____

（保護者） 氏名 _____

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) (年 月 日生 歳 か月)		保育所等 の名称	
利 用 期 間	申請時	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時 (日間)			
	変更後	年 月 日 時 ~ 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。			
※以下は、利用登録申請書の記載内容に変更があった場合のみ記入					
加 入 健 康 保 険		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		記号番号		保険者番号	
緊急時の連絡先		電話 () —			

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。

-----（点線から下は記入しないでください。）-----

処理欄	1 承認	実施施設	広畑学園・わたまち・ピューパ・勝原分園	2 不承認
		利用者負担額	<input type="checkbox"/> 0 円/日（市内・生活保護・市民税非課税） <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）	理由
		計 円	<input type="checkbox"/> 3,000 円/日（市外に住民登録がある世帯）	