

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

〒

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	広畠学園・わたまち・ピューパ・勝原分園		2 不承認
			利用者負担額	理由	
			日間	<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)	
			計 円	<input type="checkbox"/> 3,000円/日 (市外に住民登録がある世帯)	