

三島市病児保育事業利用申請書

20 年 月 日

三島市長様

保護者住所

保護者氏名

印

三島市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

保育所名等		児童氏名		生年月日	20 年 月 日
利用事由	1 保護者が仕事のため、病児の自宅での保育ができないため 2 保護者が ( ) および ( ) のため、病児の自宅での保育ができないため 3 その他 ( )				
病名及び病状	01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 ヘルパンギーナ 04 気管支炎 05 喘息 06 喘息様気管支炎 07 溶連菌感染症 08 流行性嘔吐症 09 ヒトメタニューモウイルス 10 中耳炎・外耳炎 11 結膜炎(流角結を含む) 12 伝染性膿痂疹(とびひ) 13 突発性発疹症	14 手足口病 15 伝染症紅斑(りんご病) 16 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 17 インフルエンザ 18 水痘 19 風疹 20 アデノウイルス感染症 21 RSウイルス感染症 22 マイコプラズマ感染症 23 ロタウイルス感染症 24 ノロウイルス感染症 25 その他( )	<病名不明のとき> 26 発熱 27 下痢 28 嘔吐 29 咳嗽 30 喘鳴 31 発疹 32 その他( )		
父	氏名		母	氏名	
	勤務先名			勤務先名	
	勤務先住所			勤務先住所	
	連絡先(携帯電話)			連絡先(携帯電話)	
かかりつけ医の名称及び連絡先	(名称) (医師名)		(電話番号)		
利用期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日				
備考					