

病児保育利用申込書

令和 年 月 日

さいたま市長宛

申込者（保護者）住所 さいたま市 区

氏名 _____

電話（自宅） _____

緊急連絡先 _____

病児保育の利用について、次のとおり申込みます。また、保育中の投薬を依頼します。

児童氏名	フリガナ	男・女	登録番号	
生年月日	平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）		体重	kg
通所保育施設	(通所施設名) _____ 電話 _____ (通所する保育施設の種別に○を付けてください) 認可保育所・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的) 保育事業所 ナーサリールーム・家庭保育室 幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設			
児童を看護できない理由	1. 就労 2. 妊娠・出産 3. 疾病・障害 4. 介護・看護 5. 災害 6. 求職活動 7. 就学 8. その他 ()			
傷病名				

※ 太枠の中をご記入ください。

注1 この申込書に健康保険被保険者証及び病児保育利用連絡書（様式第3号）を添付して下さい。なお、児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。

注2 医療費助成制度を申請される場合（診察を伴う場合）は、受給者証も持参して下さい。

（事務処理欄）

利用期間	(実績) 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで「 」日間
その他	