

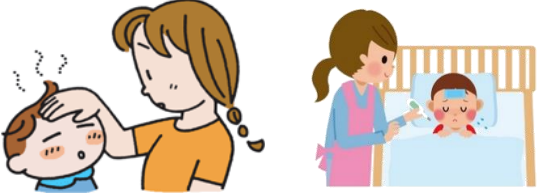
中通総合病院病児保育室 利用申込書

年 月 日

病児保育室を利用したいので、次のとおり申し込みします。

*利用料算定に必要なときは、保護者の所得および課税状況について秋田市に照会することを承諾します。

*利用中は病児保育室の指示に従い、医師が必要と認めたときは診療を受けることを承諾します。

記入保護者氏名(ふりがな)	利用者氏名(ふりがな)
利用者との続柄: 父・母・祖父・祖母 その他()	男・女 生年月日 平成・令和 年 月 日 歳
利用希望期間	利用希望時間
年 月 日 から	時 分 から
年 月 日 まで	時 分 まで
保護者の利用理由	利用料(1人1日あたり)
仕事 傷病 看護 介護 その他()	<input type="checkbox"/> 2000円 一般世帯
	<input type="checkbox"/> 1000円 所得税非課税世帯
	<input type="checkbox"/> 無 料 生活保護法による被保護世帯、ひとり親世帯かつ市町村民税非課税世帯
	★ 年度開始時の実年齢が3～5歳のお子さまで、かつ普段認可外保育施設を利用されている場合、無償化の対象となる場合がありますのでお申し出ください。

普段のお子様の生活について

()園・保育園・幼稚園・小学校	
授乳	母乳・ミルク(ml/回、 時間毎)・寝る時だけ
飲水	哺乳瓶・マグ・ストロー・コップ・その他()
食事	離乳食(前期・中期・後期 回食)・幼児食【摂取量(少・普・多)】
お薬	・水に溶いてコップ・スポイト使用・哺乳瓶の乳首使用・そのまま口に
排泄	オムツ(教える・教えない・誘導・寝る時だけ)・補助便座使用・自立
お昼寝	一人で・トントン・抱っこ・ラック ① : ~ : ② : ~ :
登録時からの変更事項	痙攣があった 年 月 日 ⇒ 発熱は 有・無
	新たなアレルギー品目()
	水痘(歳) おたふくかぜ(歳)にかかった

- 注意事項**
- ① 申請にあたっては、かかりつけ医から連絡票を記載してもらい、必ず添付して下さい。連絡票の記載には別途料金が発生します。記載してもらう医療機関にお問い合わせをお願いします。
 - ② お預かりするお子さまの症状によっては、他のお子さまへの感染を防ぐため、お断りする場合がありますので御了承下さい。
 - ③ 利用料は開始時にお預かりしています。お釣りのないように準備をお願いします。

