様式第３号　　受付番号：

北九州市病児保育事業利用（変更）申請書

申請日：　　年　　月　　日

北九州市長　様

住　所
申請者（保護者）氏　名
電　話

次のとおり、北九州市病児保育事業を利用（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。

			登録番号	
ふりがな 子どもの氏名		年　月　日生 男・女　歳　カ月	続柄	
保護者の氏名等	①氏　名 勤務先	（子どもとの続柄） 電話	家庭での保育が困難な理由	
	②氏　名 勤務先	（子どもとの続柄） 電話	家庭での保育が困難な理由	
緊急連絡先 （申請者欄の連絡先と違う場合は記入）	連絡先：	（電話　　）		
主治医	病院・医院　担当医：	TEL		
利用期間 （原則７日以内）	申請時	年　月　日～　年　月　日（　日間）		
	変更後	年　月　日～　年　月　日（　日間）		
今回の病気について	病　名		今朝の体温	℃
	現在の症状（当てはまるものに○を付けてください。） 発熱　発疹　咳　鼻水　のどの痛み　腹痛　下痢　吐き気　食欲低下 頭痛　めやに　その他（　　）			
	処方薬を受けて（①いる　②いない） ※初回のみ記入	市販薬を飲んで（①いる　②いない） ※初回のみ記入		
注意事項	※アトピー等による食事制限がある場合は詳しく記入してください。			
他の病児保育施設に事前登録していますか。	□登録あり	□登録なし		

※申請の際には、登録証明書、健康保険証、主治医意見書を持参してください。

受付担当者	保育士	看護師	医　師	施設長

利用	□許　可　□不許可
区分	□福岡県内居住世帯 □福岡県外居住世帯

実費負担
□給　食 □おむつ □その他