

横浜市病後児保育事業利用（変更）申込書

申込日 平成 年 月 日

申込者 (保護者)	住所	
	氏名	
	電話番号	

次のとおり、横浜市病後児保育事業を利用（変更）したいので、主治医の連絡書を添付して、申し込みます。
なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

ふりがな			性	男	生年月日	年	月	日
児童の氏名			別	女	年 齡	歳	か	月
通園施設等 について	①保育所、幼稚園等に通園している (施設名： 電話番号：)		②通園していない					
利用事由 (保護者の状況)	①勤務の都合 ②傷病 ③事故 ④出産 ⑤冠婚葬祭等 ⑥その他 ()							
主治医	病院・医院 担当医：		電話番号					
緊急連絡先	氏名		(児童との続柄)					
	勤務先・住所		電話番号					
利用期間	申請時	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)						
	変更後	平成 年 月 日～平成 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○をつけてください。） 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 ()							
	保育所休所期間	平成 年 月 日から (日間)						
	処方薬を受けて (いる・いない)				市販薬を飲んで (いる・いない)			
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (①母乳 ②人口 ③混合 1回 cc× 回) <input type="checkbox"/> 離乳中 (①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 アトピー等による食事制限 (①必要 ②不必要)							
食事状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる (はし スプーン)							
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由							
排 泄	①おむつ (排泄教える 教えない) ②時々おもらし ③自立							
注意事項								

○利用料（給食費等の実費除く）：1人1日2,000円

※横浜市在住の生活保護世帯及び市民税非課税世帯：1人1日1,000円

(「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください。)