別記様式第１号（第１２条関係）

池田町病後児保育事業利用申請書

申込日　　年　　月　　日

池田町長　様

申請者(保護者)住所　池田町字＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先・電話番号

＿＿＿＿＿＿＿＿

池田町病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名			
生年月日	年　月　日	年齢	歳　ヶ月
病後児保育を 利用する理由 (該当するものに ○をして下さい)	＊就労　＊妊娠・出産　＊疾病・障害　＊求職活動 ＊同居親族の介護・看護 ＊その他(　　)		
利用予定期間	年　月　日 ～　年　月　日 (　日間)		
医療機関名・ 主治医			
病　名			
治療経過及び 症状経過			
現在の症状 (該当するものに ○をして下さい)	発熱　発疹　咳嗽　鼻水　鼻閉　咽頭痛 頭痛　腹痛　下痢　嘔吐　眼脂　喘鳴　食欲不振 その他(　　)		
注意事項	＊お子さんのことで注意することや要望等がありましたらご記入下さい。		