

病後児保育室利用申請書

大淀町長（氏名） 様

住所
申請者（保護者） 氏名
電話番号

大淀町病後児保育室設置条例施行規則第7条2項の規定に基づき、病後児保育の利用を申請します。

児童名		男・女	年 月 日生（満 歳）
利用希望期間	年 月 日から	年 月 日まで	
利用希望時間	午前・午後 時 分から	午前・午後 時 分まで	
通園・通学している施設の名称			
緊急連絡先	氏名 続柄（ ）	携帯電話 職場その他	
	氏名 続柄（ ）	携帯電話 職場その他	
主な症状等	1. 病名（わかっている場合） 2. 投薬が（ ある ・ ない ） 3. 常備薬を飲んで（ いる ・ いない ） 4. 病状（あてはまるものに○） 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛・喉の痛み・痙攣・下痢・吐き気・ 食欲低下・頭痛・目やに・その他（ ）		
児童の状態で特に伝えたいこと（食事面など）			
生活保護 の状況	適用なし・適用あり（ 年 月 日 開始）		
認定欄（実施施設記入欄）			
1. 生活保護世帯、住民税非課税世帯		0円	
負担額	2. 1を除く住民税所得割非課税世帯	1, 000円	
	3. 上記以外の世帯	2, 000円	

- この申請書に健康保険証の写し、医師連絡票を添付してください。
- 負担額の決定に必要な住民税課税証明書等の写しを添付してください。なお、証明書等の添付がない場合は、大淀町が課税台帳を調査することに同意します。