様式第３号（第１１条、第２２条関係）

市川市病児対応型兼病後児対応型事業利用申請書

年　　　月　　　日

病児対応型事業実施者

病後児対応型事業実施者

　　　　　　　住　　所

　　　　　　氏　　名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※該当する方に  チェックしてください | | * 病児対応型事業を利用したいので、次のとおり申請します。 * 病後児対応型事業を利用したいので、次のとおり申請します。 | | | | |
| （ふりがな）  利用児童氏名 | | | 男  女 | 生年月日　　　　　　　　年　　月　　日  歳　　　か月 | | |
| 保護者等 | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | 電話番号・勤務先 | |
| (ふりがな) | |  |  | 固定・携帯 | （　　　　） |
|  | |  |  | 勤務先名称  電話番号 | （　　　　） |
| (ふりがな) | |  |  | 固定・携帯 | （　　　　） |
|  | |  |  | 勤務先名称  電話番号 | (　　　　) |
| 上記以外の方（緊急連絡先） | |  |  | 電話番号 | (　　　　) |
| 現在の  保育状況 | □　保育園等（名称　　　　　　　　　）　電話番号　　　　　(　　　　)  □　家庭・その他（　　　　　　　　　）　電話番号　　　　　(　　　　) | | | | | |
| かかりつけの病院等 | | 名称 | | | 電話番号 | |
|  | | | （　　　　） | |
|  | | | （　　　　） | |
|  | | | （　　　　） | |
| 現在の症状 | |  | | | | |
| 平常時の健康状態 | | □　良　　　□　発育上心配なこと（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用を希望する理由 | | □　労働　　□　職業訓練　　□　疾病　□　出産　　□　事故  □　看護及び介護　　□　冠婚葬祭　　□　私的理由  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用を希望する日 | | 年　　月　　日（　　）から  年　　月　　日（　　）まで | | | | |
| 利用を希望する時間 | | 午前・午後　　　　時　から　午前・午後　　　　時まで | | | | |
| その他（体質、癖等） | |  | | | | |