

富士川町病後児保育事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 富士川町長

申請者
（保護者）

住所

氏名 印

病後児保育の利用について、次のとおり申請します。
なお、記入した個人情報は富士川町及び実施施設で共有することを承認します。

児童氏名		性別	児童の愛称	生年月日	
ふりがな		男・女		年 月 日生	
				(歳 か月)	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)				
昼食について	☐ 給食を希望 ☐ 弁当持参				
家庭で保育ができない理由	☐ 勤務 ☐ 傷病 ☐ 冠婚葬祭 ☐ その他 ()				
緊急連絡先 (利用登録書と異なる場合に記入)	順位	氏名	続柄	連絡先・勤務先名	電話番号
	1	ふりがな		①	
				②	
	2	ふりがな		①	
				②	
	生活状況	食事	内容	☐ ミルク (1 回 c c × 回) 時間 ()	
			☐ 離乳食 (初期 中期 後期 完了期) ☐ 幼児食		
状況			☐ 全面介助 ☐ 一人で食べるがこぼす ☐ 一人で食べる		
食具			☐ 手つかみ ☐ スプーン・フォーク ☐ はし ☐ コップ ☐ ストロー ☐ その他 ()		
排泄		☐ おむつ (排泄: 教える 教えない) ☐ 午睡時のみおむつ ☐ おまる ☐ トイレに大人がつく ☐ 自立			
睡眠		午睡	☐ しない ☐ する ☐ 時々する 時間 (: ~ :)		
		寝方	☐ うつ伏せ ☐ あおむけ ☐ 添い寝 ☐ 一人寝 ☐ おんぶ ☐ 抱っこ ☐ 物を持って寝る ()		
			寝つき	☐ 良い ☐ 悪い	
好きな遊び					
同意事項		富士川町病後児保育事業を利用するに当たり、次の事項に同意します。			
	1 保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続ができないと判断されたときは、利用の途中であっても速やかに児童を迎えに来ること。 2 保育中の病状の急変等、緊急を要する事態が発生したときは、保護者と連絡が取れない場合であっても受診し、医師の診断に基づき医療行為を行うことがあること。 3 必要となった医療費及びその他の実費は、保護者が負担すること。 保護者氏名 印				