

新発田市病児・病後児保育事業 利用申込書

(宛先) 新発田市長

登録No.	—	提出日	年 月 日
-------	---	-----	-------

(ふりがな)		電話番号	
保護者氏名			
住 所			

利用児童	(ふりがな)		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月又は小学校 年生)		

減免を受ける場合は、必ず利用受付時に下記該当欄に☑を付け、添付書類を提示してください。

- 負担額の免除を受けたいので、生活保護受給者証を提示し申し込みます。
- 負担額の減額を受けたいので、世帯全員の市町村民税非課税証明書等の証明書類を提示し申し込みます。

児童の状況について、該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。

体温	夜： 時 分 °C	朝： 時 分 °C
鼻汁	多 ・ 中 ・ 少 ・ なし	
せき	多 ・ 中 ・ 少 ・ なし	
喘鳴	多 ・ 中 ・ 少 ・ なし	
嘔吐	夜： 無 ・ あり ( 回)	朝： 無 ・ あり ( 回)
便	あり ( 回) ・ なし ・ 普通 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便	
水分	摂れる ・ 少し摂れる ・ 摂れない	
薬 <small>※医師の診断で 処方された薬に限ります。</small>	内服薬	夜 時 分 ・ 服用せず
		朝 時 分 ・ 服用せず
	与薬依頼： 無 ・ 有 (薬の説明書を添付) 飲ませ方： いつ どのように	
	解熱剤	( 飲み薬 ・ 座薬 ) 時 分使用 ・ 使用せず
		与薬依頼： 無 ・ 有 (薬の説明書を添付)
その他：		
アレルギー	無 ・ 有 (有の場合、具体的に )	
食事	夕食 (PM : ) 量： 多 ・ 普 ・ 少 ・ 未	
	朝食 (AM : ) 量： 多 ・ 普 ・ 少 ・ 未	
睡眠	PM : ~AM : 、 良眠 ・ 不眠	
機嫌	良好 ・ だるそう ・ 不機嫌	
子どもの様子		