

課長	係長・課長補佐	係	・ 決 ・ 裁	次のとおり決定したい	
				1 承認	実施施設 わたまちキッズルーム
保存期間	5年	取扱（非公開）		利用者負担額	<input type="checkbox"/> 生活保護・市民税非課税 <input type="checkbox"/> 市民税所得割48,600円未満の世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割48,600円以上の世帯
			2 不承認	理由	

----- 点線から上は記入しないでください。 -----

様式第4号（第6条関係）

姫路市病児・病後児保育利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先）姫路市長

〒

申請者 住所
（保護者） 氏名

（電話 — ）

医師により別紙連絡票のとおり説明を受けた上で、次のとおり 病児・病後児保育
病後児保育 を利用（変更）したいので申請
します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。利用者負担額の算定のため、申請者及び同一世帯に属する家族の
税務資料の閲覧に同意します。

対象児童氏名 (生年月日・年齢)	(男・女)	申請者との続柄	
		保育所等の名称	
利用期間	申請時	平成 年 月 日 時～平成 年 月 日 時 (日間)	
	変更後	平成 年 月 日 時～平成 年 月 日 時 (日間)	
対象児童の 病状等	病名		
	病状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> ケイレン <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに	
	病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない	
	病院での投薬歴	<input type="checkbox"/> 投薬を受けている <input type="checkbox"/> 投薬を受けていない	
	常備薬の服用歴	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない	
	その他特記事項	※食事や健康状態等、保育上の注意について記入してください。	
保護者の勤務先	電話 () —		
加入健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	記号番号	保険者番号	