

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			利用者負担額	
保存期間 5年		取扱（非公開）		<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

⑩

（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 } を利用（変更）したいので申請
} 病後児保育 }
 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) (H・R 年 月 日生 歳 か月)		申請者との続柄	
				保育所等の名称	
利用 期 間	申請時	令和 年 月 日 時～令和 年 月 日 時 (日間)			
	変更後	令和 年 月 日 時～令和 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		