

(実施施設記入欄)

実施施設長	受付者

下記の児童の利用を承認してよろしいか。 令和 年 月 日

世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護（全額減免）/ <input type="checkbox"/> 市民税非課税（全額減免） <input type="checkbox"/> 所得税非課税（半額減免） <input type="checkbox"/> 左記以外 <small>※減免は利用料のみ。給食費は別途徴収</small>
※施設長意見(7日を超える利用)	

※口欄については該当項目にレ印を記入してください。

病後児デイサービス事業利用申込書（兼利用確認書）

実施施設長 様

保護者住所	札幌市 区
(フリガナ)	() 児童と保護者氏名の関係
電話番号	- -

病後児デイサービス事業の利用について、関係書類を添えて、下記のとおり申し込みます。

児童氏名	(フリガナ) () <input type="checkbox"/> 男 生年 平成・令和 年 月 日 (歳 か月) <input type="checkbox"/> 女 月 日
児童住所	・保護者住所と同じ場合：(右のチェック欄にレ印を記入) <input type="checkbox"/> ・保護者住所と異なる：札幌市 区
保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育
申込み理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 } の () 日間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } 令和 年 月 日～令和 年 月 日 }
児童の送迎	入所(入所時間: 時 分頃 連れて来る方の氏名: 児童との関係:) 退所(お迎え時間: 時 分頃 迎えに来る方の氏名: 児童との関係:)
緊急時の連絡先	①氏名 (児童との関係:) 連絡先名 () 電話 - - ②氏名 (児童との関係:) 連絡先名 () 電話 - -
健康保険証番号	記号: 番号: 保険者番号:
児童の症状	①病名: ※デイサービス利用連絡書の病名を記載
	②保育所、小学校等はいつから休んでいますか。 月 日から
	③現在の症状 ※今朝の体温 (°C) <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"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ()
	④服薬はしていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →薬の名前 () 直近の服薬 (月 日 時頃)
	⑤解熱剤は使用しましたか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →直近の使用 (月 日 時頃)
	⑥下痢をしていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →便の状態 (<input type="checkbox"/> 柔便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 粘液様 <input type="checkbox"/> 血便) 直近の排便 (月 日 時頃)
	⑦水分は取れていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
	⑧昨夜はよく眠れていましたか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 左記以外
添付書類	<input type="checkbox"/> 利用連絡書 <input type="checkbox"/> 証明書類 (<input type="checkbox"/> 保護決定通知書等 <input type="checkbox"/> 所得証明(市民税) <input type="checkbox"/> 所得税非課税を証明する書類) ※該当世帯のみ

(利用確認欄) ※最終日に記入

このたび、病後児デイサービス事業を 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } の () 日間利用いたしました。 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } 令和 年 月 日 保護者氏名(自署)
