

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

坂井市長 様

長様（住民登録が他の市町の場合に記入）

記入者 住 所

氏 名

緊急連絡先

4月以降の利用 ☐ あり ☐ なし ☐ わからない

次のとおり病児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。（☑してください）

- ☐ 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、生活保護受給、住民税、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定、などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。
- ☐ 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

補助の区分 (該当あれば☑)	☐ 就学前第2子以降の子 ☐ 就学前多胎児の第1子 ☐ 生活保護世帯 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ 児童扶養手当受給世帯・ひとり親医療費助成 ☐ 施設等利用給付認定者			
ふりがな				
利用児童氏名	(第 子)	☐ 男	生年月日	年 月 日
		☐ 女		歳 か月
通園・通学先	保育所・園 こども園 幼稚園 小学校			
利用希望日時	月 日 ~ 月 日 時 分 ~ 時 分			
現在の病状	☐ 発熱(℃) ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水、鼻づまり ☐ 嘔吐・吐き気 ☐ 下痢 ☐ けいれん ☐ その他()			
アレルギー	食 物アレルギー ☐ なし ☐ あり()			
	薬 物アレルギー ☐ なし ☐ あり()			
	その他アレルギー ☐ なし ☐ あり()			
利用児童の 今の状態	食欲： ☐ あり ☐ なし 機嫌： ☐ 良い ☐ 悪い 睡眠： ☐ 十分 ☐ 不十分			
その他	体質・くせなどの心配なこと、配慮して欲しいことがあれば具体的にご記入ください			

医 師 連 絡 票

病児保育事業実施施設 / 併設病院 様

年 月 日

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

病 名				
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 隔離室で隔離 ☐ 室内安静（ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可） ☐ 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）			
投薬および指示事項	【投薬等】保育室での投薬（あり・なし） 解熱剤：座薬・内服薬 【指示等】			
受け入れの可否	病児保育	☐ 可 ☐ 否	病後児保育	☐ 可 ☐ 否
医療機関名及び医師署名				

※実施機関記入欄 【実施施設名： 三国病院 病児・病後児保育施設 】

利用日 (原則、同じ疾患のみ) ※半日の場合は○を付す	病児	/ 半日	/ 半日	/ 半日	/ 半日	/ 半日
	病後児	/ 半日	/ 半日	/ 半日	/ 半日	/ 半日
利用料区分		個人負担金①		利用日数②		合 計 ①×②
☐ 通常 ☐ 第2子以降 ☐ 多胎児第1子 ☐ 住民税非課税世帯・生活保護世帯 ☐ 児扶手当受給・ひとり親医療費助成 ☐ 施設等利用給付認定者		円		日		円